

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

DU CHOLESTEATOME DE L'OREILLE AU POINT
DE VUE ANATOMIQUE ET PATHOLOGIQUE

Par le Dr **ADAM POLITZER**, professeur d'otologie à l'Université
de Vienne.

(suite et fin) (1).

Je puis confirmer, par toutes les données de mes observations, le fait, constaté par Bezold et Morpurgo, de la coïncidence de l'existence des masses cholestéatomateuses avec celle de la perforation de la membrane de Shrapnell. En effet, dans aucune forme de perforation de la membrane du tympan, on ne peut aussi minutieusement poursuivre l'invasion de l'épiderme du conduit auditif à travers l'ouverture de la perforation, que dans celle de la destruction de la membrane de Shrapnell.

Bezold cherche la cause déterminante de cette altération dans des catarrhes de la trompe, coïncidant avec l'engorgement du canal de cette trompe, qui a pour effet la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne et, finalement, la déchirure de la membrane de Shrapnell, par suite de tension excessive. Alors, l'épiderme du conduit auditif peut se proliférer à travers l'ouverture produite par la déchirure, jusque dans la cavité de Prussak, et de là vers les espaces supérieurs de la cavité tympanique et dans la direction de l'antre mastoïdien. Des accumulations successives de cou-

(1) Voir n° d'avril 1891, page 243.

ches épidermiques dans les susdites cavités aboutiraient finalement à la formation des cholestéatomes.

Des raisons tirées de mes observations cliniques m'empêchent d'adhérer à cette opinion, aucune des nombreuses observations relatives à des cas de catarrhes de la trompe n'ayant permis jusqu'à présent de constater la production de perforation de la membrane de Shrapnell pendant l'observation de ces catarrhes. Je suis au contraire persuadé que, sauf de rares exceptions, la perforation de la *membrana flaccida* ne se produit généralement qu'à la suite d'inflammations suppuratives du revêtement de l'oreille moyenne, transmises de la cavité du naso-pharynx. L'épiderme du conduit auditif pénétrera d'autant plus facilement à travers l'ouverture périphérique de la membrane du tympan que, comme on le sait, de la paroi supérieure du conduit auditif, une couche plus épaisse de peau et d'épiderme se dirige vers la partie supérieure de la membrane du tympan, et qu'ainsi il se produit une masse d'épiderme bien plus considérable en cet endroit que le long de toutes les autres parois du conduit auditif.

Nous avons un exemple frappant de formation secondaire de cholestéatome dans les espaces supérieurs de la cavité tympanique, coïncidant avec la perforation de la membrane de Shrapnell, dans une préparation de ma collection provenant d'une femme de soixante-quinze ans, presque complètement sourde, morte à la suite d'un ramollissement du cerveau, préparation dans laquelle, derrière la membrane perforée de Shrapnell, une partie de la margelle tympanique est détruite sur une étendue de 3 centimètres, découvrant ainsi la partie postérieure de l'attique externe.

C'est dans ces conditions que l'épiderme du conduit auditif externe a pénétré dans cette dernière cavité et a donné naissance à un cholestéatome de la grosseur d'un pois, qui pousse devant lui, derrière le marteau-enclume, la muqueuse de la caisse du tympan. Que l'on se trouve ici en présence d'un cholestéatome ayant pénétré du conduit auditif externe à travers la membrane de Shrapnell perforée et la margelle tympanique détruite, c'est ce qui se déduit de

l'examen attentif de la préparation, vue de la partie supérieure de la caisse, de la pression opérée par la tumeur sur la muqueuse de la caisse ainsi repoussée vers l'intérieur, et de ce que l'on ne peut constater le moindre changement pathologique dans aucune des autres parties de l'oreille moyenne.

En opposition avec les cas décrits jusqu'ici, se présentent, à la suite de suppurations de l'oreille moyenne, ceux assez fréquents dans lesquels la muqueuse de l'oreille, complètement mise à nu, offre un aspect normal, malgré l'existence très ancienne de grandes perforations sèches de la membrane du tympan, cas dans lesquels, malgré ces conditions si favorables à l'invasion de l'épiderme du conduit auditif, il n'existe pas d'accumulations d'épithélium dans l'oreille moyenne. Mais bien que dans un grand nombre de ces cas il ne se produise pas de poussée en avant appréciable de l'épiderme du conduit auditif vers la cavité du tympan, je dois cependant faire observer que, dans beaucoup de préparations, dans lesquelles on ne pouvait macroscopiquement constater aucune trace de couches épidermiques dans la caisse du tympan, il m'a été facile de démontrer par des coupes microscopiques comment l'épiderme du conduit auditif se propage à la paroi interne de ladite caisse du tympan.

Il s'ensuit que les formations d'épiderme proliféré, en forme de cul-de-sac, déjà décrites plus haut, et l'invasion de l'épiderme dans la caisse du tympan, ne suffisent pas à amener la formation de masses cholestéatomateuses, mais que la naissance des accumulations épidermiques dans l'oreille moyenne résulte *en partie d'une prolifération excessive de l'épiderme dans le conduit auditif* et, en partie, *d'une desquamation plus forte du revêtement de l'oreille moyenne*. Là où ces deux conditions d'existence font défaut, il ne se produira pas, même dans les circonstances les plus favorables, d'accumulation épidermique dans l'oreille moyenne.

A l'appui de cette thèse, je citerai l'exemple frappant d'un cas que j'ai observé il y a peu de temps, à ma clinique; il

s'agissait d'un ouvrier de trente-cinq ans, atteint en 1882 d'une suppuration de l'oreille moyenne gauche, chez lequel on procéda, quatre ans plus tard, à l'ouverture de l'apophyse mastoïde pour en détacher un sequestre. Deux ans après l'opération, la suppuration s'arrêta complètement, mais en laissant subsister à la surface extérieure de l'apophyse une ouverture fistuleuse, de la grandeur d'un centimètre carré et demi.

Lors de l'examen pratiqué, cinq ans après, l'on trouva le conduit auditif sec, lisse, sans prolifération épidermique, la membrane du tympan complètement disparue, sauf une petite parcelle autour de la courte apophyse du marteau, la paroi interne de la cavité tympanique d'apparence normale, de même que les niches très nettement marquées des fenêtres. En regardant à travers l'ouverture fistulaire qui se trouve à l'apophyse mastoïdienne, on constate l'existence d'une cavité qui occupe à peu près les deux tiers de l'étendue de l'apophyse, et l'on aperçoit toute la cavité tympanique, dans laquelle on reconnaît encore ce qui reste du marteau et la place conservée de l'embouchure de la trompe d'Eustache, close par une membrane.

Toute la cavité est revêtue d'une membrane lisse, brillante, sur laquelle on ne peut pas constater la moindre trace de desquamation épithéliale; malgré la grande perte de substance de la membrane du tympan et l'existence de l'ouverture fistulaire dans l'apophyse mastoïde, la cavité distendue de l'oreille moyenne était restée libre de toute accumulation épidermique.

Si donc, d'après tout ce qui précède, l'on ne peut plus mettre en doute l'origine secondaire de cholestéatomes et de masses cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne, et si encore, dans certains cas particuliers, par exemple dans ceux d'accumulations dans la cavité de Prussak et dans l'attique externe, toute la matière de formation du cholestéatome est fournie par l'épiderme envahissant du conduit auditif externe, on ne peut dire pour cela qu'il en soit de même dans tous les cas de cholestéatomes survenus à la suite de suppurations chroniques de l'oreille moyenne, notamment

dans ceux qui se produisent dans l'antre mastoïdien et dans les cellules mastoïdiennes.

L'apparition fréquente dans ces formations de cellules épidermiques sans noyau rend déjà vraisemblable le développement localisé de ces masses, qui ne sauraient être considérées comme les produits de l'invasion de cellules proliférées; car c'est un fait acquis, au moins dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'examiner, que les cellules épidermiques du conduit auditif sont toutes à noyau. La production locale d'éléments épidermiques propres dans la cavité tympanique et dans l'apophyse mastoïde ne peut avoir lieu que lorsque la muqueuse de l'oreille moyenne est elle-même épidermée. En effet les recherches de Steinbrügge (de la clinique de Moos) et celles de Kuhn ont établi que la paroi osseuse de la cavité qui contient du cholestéatome est revêtue d'une membrane sur laquelle on aperçoit très distinctement un véritable réseau de Malpighi, et à sa surface des cellules épidermiques très prononcées. Cette transformation complète de la muqueuse de l'oreille moyenne ne peut avoir lieu qu'à la suite d'une altération profonde de la muqueuse, et nous constatons en effet, pendant et après la suppuration, une infiltration de cellules rondes, jointe à une hypertrophie papillaire, ou, comme issue de l'inflammation, un épaississement par de nouvelles formations de tissu cellulaire, un gonflement, une atrophie de cette muqueuse.

A mon avis, l'épidermisation de la muqueuse de l'oreille moyenne a lieu le plus souvent sous l'influence de la continuité de communication, créée par la perforation de la membrane du tympan, entre l'oreille moyenne et le revêtement du conduit auditif externe, d'une part sous l'action de l'invasion de l'épiderme de ce conduit auditif et de son réseau de Malpighi dans la caisse du tympan. Cette thèse se confirme par le fait que dans les cavités latérales du nez, par exemple dans l'antre d'Highmore, dans le sinus frontal, dont le revêtement est à peu près analogue à celui de la cavité tympanique, et qui présente les mêmes changements pathologiques que celle-ci, c'est chose extrêmement rare que de constater des accumulations cholestéatomateuses. Je ne

saurais adhérer à l'opinion de Steinbrügge, dont le nouvel ouvrage : « De l'anatomie pathologique de l'organe auditif, 1891, » m'arrive à l'instant, lorsqu'il prétend que la constitution papillaire de la peau épidermée est le résultat de l'invasion de l'épithélium dudit conduit dans la caisse du tympan ; car j'ai à diverses reprises trouvé la muqueuse parsemée, jusque dans l'intérieur des cellules mastoïdiennes, de nombreuses papilles en forme de villosités dans des préparations dans lesquelles, à côté d'une sécrétion purulente, l'on ne pouvait constater la moindre trace de formation d'épiderme dans l'oreille moyenne.

Il est vrai que l'on n'a pas encore pu démontrer anatomiquement la transformation métaplastique de l'épithélium de la caisse du tympan en cellules épidermiques ; et cependant l'on ne saurait, quant à présent du moins, en contester la réalité au point de vue des changements similaires et analogues qui se produisent sur d'autres muqueuses.

Schmiegelow, qui prend parti pour cette opinion (*V. Zeits. f. Ohrenh.*, vol. XIX), s'est rapporté à l'assertion de Billroth, qui prétend (*Clinique allemande*, 1855) que l'épithélium cylindrique de la muqueuse revêt, sous l'action de certaines influences, un caractère épidermique, ainsi qu'aux observations relevées par Schuchard, qui dans un cas d'ozène simple a constaté sur des parties de muqueuse extirpées du cornet du nez l'existence d'épithélium pavimenteux au lieu d'épithélium cylindrique.

Cette opinion trouve encore sa confirmation dans ces cas certainement rares dans lesquels des accumulations épidermiques de cette nature se forment dans le sinus frontal à la suite de catarrhes chroniques.

Dans un cas d'ouverture du sinus frontal rapporté, il y a deux ans, par le professeur Weinlechner à la Société médicale de Vienne, on détacha de ce sinus de grandes masses d'épiderme, par conséquent d'une cavité dans laquelle il ne saurait jamais être question d'une invasion quelconque de l'épiderme.

Il en est de même encore des cas dans lesquels des masses de cholestéatome s'accumulent dans l'apophyse mastoïde

sans que l'on puisse constater des signes quelconques de desquamation dans le conduit auditif externe et dans la cavité tympanique.

Quant aux *cholestéatomes primitifs de l'os temporal*, leur apparition doit être considérée, au point de vue clinique, comme infiniment inférieure en nombre à celle des accumulations épidermiques secondaires. Les annales médicales ne contiennent que fort peu de cas que l'on puisse vraiment qualifier de cholestéatomes primaires. Les cas décrits par Virchow (*loco citato*, 1855) nous laissent en partie dans le doute sur le point de savoir si les tumeurs provenant de l'os du rocher ont, au cours de leur croissance, percé la paroi de la cavité du tympan, ou si, à l'inverse, ces tumeurs, sortant de l'oreille moyenne, ont entamé et rongé peu à peu la masse osseuse de l'os du rocher. Dans les cas qui se rattachent à des changements destructifs dans la cavité tympanique et dans la membrane du tympan, il ne sera guère possible le plus souvent à l'anatomo-pathologiste ni au clinicien de déterminer d'une façon précise s'il y a dans l'os temporal un cholestéatome primitif ou secondaire. Il ne pourra jamais être question de cholestéatome primitif que là où le cholestéatome se développe dans la cavité de l'oreille moyenne, sans qu'il y ait perforation de la membrane du tympan et sans destruction de substances osseuses, mais en laissant apercevoir une surface irisée libre et lisse. Lucæ (conférences de la Société médicale de Berlin, 1886) a décrit un de ces cas rares de cholestéatome de la cavité tympanique sans traces d'une inflammation suppurative quelconque et sans suppuration de la membrane du tympan.

Plusieurs autres cas, indiqués par Lucæ, Schwartz, Urbantchitsch, Kuhn et autres, dans lesquels il n'y aurait eu, d'après eux, aucune affection de l'oreille antérieure, et il se serait produit, au milieu de phénomènes inflammatoires aigus, une perforation de la membrane du tympan avec sortie de masses cholestéatomateuses hors de la caisse, laissent à la vérité conclure à une formation primitive de ces masses dans l'oreille moyenne, sans exclure cependant la possibilité de cette formation de cholestéatome

à la suite d'une affection antérieure de l'oreille moyenne.

Tel est encore le cas décrit par Kuhn, concernant un homme de 51 ans, chez lequel il s'était produit depuis un an, du côté gauche, des bourdonnements d'oreille, des étourdissements et de la dureté d'ouïe, et dans l'organe auditif duquel il se développa, à la suite d'un violent refroidissement et sous l'influence de forts symptômes de réaction, une inflammation suppurative de l'oreille moyenne accompagnée de vives douleurs et de la formation d'un abcès dans l'apophyse mastoïde. Après l'ouverture de cette apophyse, on constata la présence d'un cholestéatome de la grosseur d'un œuf de poule, et après l'enlèvement de cette masse, celle d'une cavité de la grandeur d'un poing d'enfant environ, dans laquelle, le sinus latéral et une partie du segment antérieur et inférieur du cervelet avec le revêtement intact de la dure-mère étaient visibles. Kuhn est d'avis que l'on s'est trouvé ici en face d'un cas de cholestéatome primitif dans l'apophyse mastoïde.

Dans la catégorie des cholestéatomes primitifs provenant de la muqueuse malade elle-même, il convient de comprendre les cas dans lesquels la tumeur se développe au cours d'inflammations suppuratives de l'oreille moyenne, dans les anfractuosités, revêtues d'épithélium, de la muqueuse hypertrophiée de la caisse, à la suite de l'occlusion des ouvertures de ces anfractuosités secondaires et où l'épithélium renfermé dans ces cavités en forme de kystes continue à y proliférer.

Toute une série d'examens microscopiques, se rapportant à ces cas, a été décrite par moi dans mon *Traité de l'oreille*, 2^e édition, page 288, et a reçu la confirmation du témoignage d'autres auteurs. J'ai observé à ma clinique, il y a plusieurs années, un cholestéatome primitif de cette espèce, probablement issu d'un kyste de la muqueuse. Il s'était produit chez une femme morte d'une phlébite du sinus, chez laquelle l'autopsie montra, à côté d'une perforation de la membrane du tympan et d'une formation de polypes dans la cavité inférieure de la caisse, un cholestéatome en forme de fève, recouvert d'une pellicule irisée dans la cavité supérieure du

tympan. L'extrémité postérieure de la tumeur pénétrait dans l'antre mastoïdien, empêchait l'écoulement du pus hors de cette cavité et occasionna ainsi une otite septique de la paroi osseuse du sinus, suivie de phlébite dudit sinus. L'extrémité antérieure libre du cholestéatome est dirigée vers l'embouchure de la trompe d'Eustache sans cependant la boucher. Comme, dans ce cas, le cholestéatome a son siège en dedans de l'articulation du marteau-enclume et que l'on ne saurait dès lors établir le rattachement de cette tumeur délimitée, recouverte d'une pellicule, à l'épithélium du conduit auditif externe, il faut admettre la vraisemblance du développement de cette tumeur sur la muqueuse même de la caisse du tympan.

D'après tout ce qui vient d'être dit sur le développement du cholestéatome de l'oreille, nous sommes obligé de convenir que nous sommes encore bien loin de pouvoir considérer comme close l'instruction sur la genèse de ces formations dans l'oreille, et qu'il faudra encore bien des observations anatomiques et cliniques pour faire définitivement la lumière sur cette question de si haute importance pour la pathologie de l'organe de l'ouïe.

Nous sommes maintenant amené à traiter des particularités cliniques des accumulations cholestéatomateuses dans l'os temporal, en commençant par en examiner la marche, les symptômes et les suites.

L'on a déjà fait remarquer antérieurement que les accumulations d'épiderme dans l'oreille se produisent fréquemment au cours d'affections suppuratives, mais plus souvent encore après la cessation de la suppuration.

Dans le premier cas, l'on a constaté comme changements objectivement établis et démontrés : la formation multiple dans la caisse de polypes empêchant l'écoulement, l'hypertrophie polypoïde de la muqueuse de la caisse, de petites perforations dans le quadrant postérieur et supérieur de la membrane du tympan ou dans celle de Shrapnell. Les produits de la desquamation apparaissent presque toujours, dans ces cas, sous la forme de masses informes, globuleuses, non formées de couches. Leur présence dans les baies de

L'oreille moyenne est toujours la cause de la durée persistante, rebelle à tout traitement, de la suppuration de l'oreille moyenne. Après expulsion spontanée ou enlèvement de ces masses, l'on remarque souvent une guérison durable de la suppuration; il se produit cependant fréquemment aussi des récidives, surtout lorsque les causes de la reproduction des masses telles que : desquamation persistante, rétention de sécrétion, continuent à subsister, ce qui a aussi lieu dans les cas de cholestéatome produits après la cessation de la suppuration. Dans ces cas, l'invasion épidermique, même la desquamation, peuvent aller jusqu'à la formation d'impasses, et persistent sous cette forme sans même l'adjonction d'accumulations ultérieures. Dans d'autres cas, il se produit des accumulations informes ou par couches, soit permanentes, soit très promptement reformées, de sorte que plusieurs semaines après avoir radicalement enlevé de grandes masses de ces formations l'on retrouve la caisse tapissée à nouveau de masses rapidement proliférées.

Les accumulations cholestéatomateuses dans l'os temporal peuvent subsister, bien des années après la cessation des suppurations de l'oreille moyenne, sans symptômes morbides et sans avoir de conséquences fâcheuses pour l'état général de la santé. Cependant, dès qu'elles se compliquent de la présence d'une irritation extérieure telle, par exemple, que la pénétration d'un liquide dans le conduit auditif, ou après l'action de vapeur d'eau qui y pénétrerait à la suite de bains de vapeur (Moos), il peut se produire dans les parties profondes de l'os temporal un gonflement rapide des masses épidermiques accompagné de symptômes de réaction très violents, des inflammations capables d'amener ou la sortie spontanée du cholestéatome à travers l'ouverture de la membrane du tympan, ou bien l'expulsion de ces masses cholestéatomateuses dans différentes directions de l'os temporal.

Il peut ainsi arriver que des cholestéatomes de l'apophyse mastoïde, ou bien se font jour au dehors à travers la corticalis, ou en avant à travers la paroi postérieure du conduit auditif, à la suite de quoi les symptômes menaçants dispa-

raissent aussitôt après l'élimination de ces masses. Au contraire, la pénétration du cholestéatome dans la direction de la cavité cérébrale amène la mort soit par méningite et abcès du cerveau (Burckhard-Mérian), soit par phlébite du sinus et pyémie, soit enfin par érosion du sinus et hémorragie mortelle.

La mort amenée dans ces cas peut aussi, à défaut de lésions externes, être le résultat du développement d'une inflammation suppurative au fond de l'os temporal, derrière le cholestéatome, suppuration produisant la mort à la suite de la rétention de sécrétion et d'ulcération carieuse. L'apparition de pareilles conséquences fâcheuses du cholestéatome s'explique par la circonstance que, ainsi que Moos le fait justement remarquer, les lamelles épidermiques du conduit auditif et de la caisse seraient un terrain excellent de culture des germes des microorganismes pathogènes importés de l'intérieur.

On n'a de diagnostic certain de la présence d'accumulations cholestéatomateuses dans l'oreille moyenne que dans les cas dans lesquels les masses épidermiques irisées tantôt blanchâtres, tantôt jaunâtres, se trouvent dans le champ de la vue, et dans lesquels les accumulations concentrées, en remplissant la perforation de la membrane du tympan, résident dans la section inférieure de la caisse. La présence de parcelles d'épiderme qui viendraient à descendre de la cavité supérieure de la caisse dans le champ de vue doit toujours faire soupçonner celle d'accumulations cholestéatomateuses dans cette cavité supérieure de la caisse; une forte prolifération d'épiderme dans le conduit auditif externe, dont l'on peut, lors de l'examen, poursuivre le prolongement jusque dans la cavité tympanique, rend également le diagnostic vraisemblable.

L'on peut de même diagnostiquer la présence de cholestéatomes dans la cavité de Prussak, de celle d'une masse blanche dans la membrane perforée de Shrapnell, masse qui ferait l'effet d'une pâte molle lors du sondage.

Le diagnostic est rendu plus facile par l'apparition, pendant l'observation, de globules d'épiderme expulsés de la

profondeur des cavités, lorsque, à la suite d'injections réitérées de l'oreille moyenne à l'aide des canules dont il sera parlé ci-après, de petits globules d'épithélium granuleux apparaissent fréquemment dans les liquides employés. Ce dernier symptôme est d'une importance toute particulière, tant diagnostique que pronostique, en tant que l'expulsion réitérée de globules de cette nature force à conclure à l'existence, dans l'oreille moyenne, d'un foyer purulent difficilement abordable, et à la persistance prolongée de la suppuration.

Par contre échappent à tout examen diagnostique des cholestéatomes qui ont établi leur siège dans l'apophyse mastoïde ou situés dans la cavité supérieure de la caisse, recouverte d'une pellicule mince. L'on n'arrive le plus souvent à constater leur présence dans la profondeur des cavités de l'oreille, pendant la durée de l'observation de l'affection, qu'à l'occasion de l'émiettement de tumeurs de cette nature, habituellement suivi d'une expulsion des masses cholestéatomateuses à travers la perforation du tympan, ou lors de la sortie de ces masses à travers la table externe de l'apophyse mastoïde ou de leur pénétration dans le conduit auditif externe.

L'on peut conclure à la présence probable de cholestéatomes dans l'apophyse mastoïde dans les cas de desquamation postérieurement constatée dans l'oreille moyenne, notamment dans ceux d'expulsion persistante des globules granuleux et dépôts ci-avant mentionnés, compliqués de douleurs fréquentes et réitérées dans ladite apophyse. C'est là une indication très importante pour l'ouverture opératoire de cette apophyse. Quelquefois le résultat seul de certains procédés manuels, comme, par exemple, celui du lavage de la cavité supérieure de la caisse à l'aide de canules appropriées, peut nous mettre sur la trace de la présence de masses cholestéatomateuses dans les cavités de l'oreille moyenne.

Quant au mode de traitement du cholestéatome dans l'os temporal, tout ce qui vient d'être dit nous fournit à cet égard des indications suffisantes. Il consistera à enlever en

temps opportun les masses cholestéatomateuses partout où leur présence sera reconnue. Le procédé d'enlèvement de ces masses dépendra de la place qu'elles occupent, et devra être différent, suivant qu'elles se trouveront accumulées dans les parties inférieures ou supérieures de la cavité tympanique, ou dans l'espace de Prussak, ou finalement dans l'apophyse mastoïde. La nature de l'opération sera en outre réglée et déterminée par le plus ou moins de grandeur de l'ouverture de la membrane du tympan, ou par la présence ou l'absence d'un rétrécissement dans le conduit auditif externe.

Dans les cas de largeur normale du conduit auditif externe, ou dans ceux de perte de substance suffisamment grande de la membrane tympanique, l'on réussit assez fréquemment à enlever de la cavité inférieure et médiane de la caisse des masses notables de cholestéatome à l'aide de simples et vigoureuses injections qui les font s'écouler au dehors. Mais, partout où ces masses adhèrent d'une façon plus solide aux parois de la cavité tympanique, il devient indispensable de les rendre d'abord plus malléables à l'aide d'un stylet à boutons. Si de simples injections ne suffisent pas, on pourra essayer de faire pénétrer au fond du conduit auditif un petit tube en caoutchouc flexible adapté à la seringue, arrondi à son extrémité antérieure et percé de petits trous, ou bien un tuyau de drainage ordinaire, pour arriver ainsi à expulser les masses épidermiques par l'action plus immédiate et plus puissante du jet d'eau.

Dans les cas de petites perforations de la membrane du tympan, on se sert très utilement, pour l'expulsion des masses en question, d'injections à l'aide de canules de caoutchouc durci, courbées à angle droit, et se terminant en pointes très fines. A la place de seringues, je me sers de petits ballons de caoutchouc, qui permettent le manie-ment bien plus assuré et moins sensible des injections. L'on arrive de cette façon à expulser de la caisse du tympan, à l'aide de canules introduites à travers l'ouverture de la perforation, des masses considérables d'épiderme. Quand il s'agit d'accumulations existant dans la partie supérieure de

la caisse, je me sers pour les injections ou des canules de Hartmann, ou de canules en caoutchouc durci, avec pointe légèrement recourbée vers le haut. Par le moyen de l'ins-tillation préalable de 10 à 15 gouttes d'une solution à 5 0/0 de chlorhydrate de cocaïne, l'on arrive à diminuer notablement la sensibilité pendant les injections. Dans les derniers temps, je me suis encore servi de canules élastiques, légèrement recourbées à la pointe et confectionnées, d'après mes indications, par le fabricant d'instruments de chirurgie, M. Reiner, de Vienne, canules qui se sont montrées d'un emploi fort avantageux, notamment dans les cas de petites perforations dans le quadrant postérieur et supérieur de la membrane du tympan, puis dans ceux de perforation de la membrane de Shrapnell ; leur introduction dans l'oreille se fait presque sans douleur sensible. Dans les cas particuliers de petites perforations de la membrane du tympan, dans lesquels on n'arrive pas, même malgré des injections répétées dans l'intérieur de la caisse du tympan, à expulser les masses épidermiques, le recours à des opérations qui ont pour objet l'élargissement de l'ouverture de la perforation à l'aide d'un petit scalpel mince et arrondi est tout naturellement indiqué, ce qui a souvent pour conséquence le nettoyage plus facile de la caisse du tympan.

Si les injections tentées à travers le conduit auditif externe restent sans effet, ou si le rétrécissement du conduit auditif rend ce procédé inapplicable, il faudra faire concourir avec un lavage complet de la cavité tympanique des injections répétées d'eau chaude ou de solutions de résorcine à 1 0/0 à travers la trompe d'Eustache. Ce procédé amène le ramollissement des masses accumulées et épaissies de la cavité tympanique, et puis, par le seul effet du gonflement de ces masses, produit leur expulsion partielle dans le conduit auditif externe à travers l'ouverture de la membrane du tympan. Des débris de ces masses qui seraient restés dans la caisse seront entraînés au-dehors, si l'ouverture du conduit auditif le rend possible, au moyen de canules introduites par la perforation. L'on peut ainsi combiner avec avantage les deux méthodes, celle du lavage de l'oreille

moyenne à travers la trompe, et les injections venant du côté du conduit auditif externe. Ces nettoyages de l'oreille à travers la trompe devront être continués aussi longtemps que l'on remarquera dans le liquide injecté des globules d'épiderme ou de petits amas globuleux de cette matière.

Les accumulations cholestéatomateuses dans la cavité de Prussak et dans la partie externe de l'attique de la caisse devront être enlevées au moyen de procédés d'une nature particulière. De simples injections venant du conduit auditif externe, de même que des lavages de l'oreille moyenne au moyen du cathéter, restent presque toujours inefficaces, parce que le liquide injecté ne peut, le plus souvent, pénétrer dans les baies et recoins divers de cette partie de l'oreille moyenne. Par contre, on arrive assez souvent à expulser dans le conduit auditif les masses accumulées dans les cavités susdites, au moyen des canules de Hartmann introduites dans la membrane perforée de Shrapnell, ou des canules élastiques ou en caoutchouc dur, droites ou recourbées, que j'ai indiquées. Les canules recourbées que l'on peut employer pour le lavage de l'attique externe, dans toutes les directions, devront, pendant les injections, être tournées alternativement dans tous les sens, vers le haut, vers la partie antérieure et vers la partie postérieure de cette cavité, ce à quoi est le mieux approprié le manche exécuté sur mes indications par M. Reiner, de Vienne.

On peut aussi employer avec avantage ces mêmes canules pour des injections de solutions médicamenteuses dans l'attique externe, dans les cas de desquamation de petits amas granuleux, concomitante avec les sécrétions fétides. Les plus efficaces de ces remèdes m'ont paru être des solutions de résorcine (de 2 à 3 0/0) et d'autres de sublimé (1/2 pour mille); — moins avantageuses sont celles d'acide borique, d'acide phénique et de lysol. Après chaque lavage antiseptique ainsi effectué, l'on doit faire écouler tout ce qui reste du liquide injecté dans les cavités au moyen d'insufflations d'air à l'aide des mêmes canules; après quoi l'on injecte dans la cavité quelques gouttes (de 10 à 15) d'une solution alcopolique tiède, d'acide borique, d'iodol, de résor-

cine (1 : 20) ou de sublimé (0,02 : 20). L'effet d'une telle application antiseptique fidèlement continuée se montre d'abord dans la disparition passablement prompte de la mauvaise odeur et dans la diminution plus ou moins rapide de la sécrétion. Quelquefois des insufflations, dans la cavité de Prussak, d'acide borique réduit en poudre fine, faites à l'aide d'une canule mince, ont eu un effet fort avantageux sur la suppuration (V. Bezold, Gomperz, Siebenmann). Des ouvertures trop petites dans la membrane de Shrapnell, qui empêchent par là la sortie des masses cholestéatomateuses, devront être élargies par des incisions en sens divers. Dans les cas de masses fortement compactes, on doit se servir, pour leur expulsion, de petites cuillers tranchantes assez grandes et des curettes (*étui complet chez Reiner*), au moyen desquels on peut également débarrasser une partie de l'attique externe en raclant le rebord carié ou ramolli de la margelle tympanique, ce qui coupe court le plus sûrement aux récidives du cholestéatome dans ces cavités.

L'enlèvement des masses cholestéatomateuses de l'oreille moyenne fait souvent disparaître toute une série de symptômes très pénibles, tels que : douleurs d'oreille, étourdissements, maux de tête et sentiments de pressions dans la moitié correspondante de la tête, des phénomènes de pyémie et des paralysies faciales.

L'extraction du marteau et de l'enclume, pratiquée avec des succès divers dans ces dernières années pour des suppurations incurables de l'oreille moyenne, a été aussi recommandée dans ceux de formations cholestéatomateuses compliquées et de suppurations fréquemment récidivantes. Dans tous ceux dans lesquels le siège du cholestéatome se trouvera dans la cavité supérieure de la caisse, cette extraction pourra avoir une influence heureuse sur le cours ultérieur de la suppuration, parce que les osselets sont, par leur position même dans l'oreille, un obstacle à l'ablation des masses cholestéatomateuses, et encore parce que la coïncidence fréquente du cholestéatome avec la carie du marteau et du corps de l'enclume servirait à entretenir l'écoulement. Mais l'on ne devra se résoudre à cette opération que

lorsque la plus grande partie de la membrane du tympan sera détruite et qu'il n'y en aura plus que quelques restes minimes en contact avec le marteau, ce qui rend cet osselet et l'enclume désormais sans valeur pour la fonction auditive.

Dans les cas de perforation de la membrane de Shrapnell, l'extraction du marteau n'est indiquée que lorsque des sondages ont établi la carie de la tête du marteau, ou quand la fonction auditive a considérablement diminué. Dans le cas de diminution peu étendue de l'ouïe, cas qui se présente si fréquemment lorsqu'il y a une perforation de la membrane de Shrapnell, on n'entreprendra cette extraction du marteau que dans des cas urgents, accompagnés de symptômes particulièrement menaçants, à cause du danger qu'il y a à compromettre d'autant la puissance de la fonction auditive.

Les cholestéatomes de l'apophyse mastoïde auxquels nous avons fait allusion en traitant du diagnostic devront être enlevés au moyen de l'ouverture de cette apophyse.

Les changements pathologiques dans les cavités de l'os temporal, qui servent de base à la formation de cholestéatomes au cours et après cessation de suppurations chroniques de l'oreille moyenne, continuant souvent encore à subsister même après l'enlèvement des productions épidermiques, on comprendra la fréquence des récidives qui se produisent encore après cet enlèvement. Des malades atteints de ces affections devront en conséquence, pendant plusieurs années, être soumis, à des intervalles de trois à quatre mois, à des examens médicaux, pour que l'on puisse enlever à temps les masses de cette sorte qui s'accumuleraient de nouveau au fond des cavités. Des lavages fréquents, effectués deux ou trois fois par semaine, avec de faibles solutions tièdes de résorcine ou d'acide borique et des instillations de quelques gouttes d'alcool tiède, seront, dans la plupart des cas, les plus sûrs moyens d'action contre le retour de récidives.

II

PAPILLOME DU LARYNX CHEZ L'ENFANT. DISPARITION SPONTANÉE APRÈS TRACHÉOTOMIE.

Par le Dr **J. GAREL**, médecin des hôpitaux de Lyon.

L'observation qui va suivre m'a paru intéressante à signaler, car elle démontre que si certains papillomes du larynx ont de la tendance à récidiver, il en est d'autres qui peuvent disparaître spontanément. Le fait a déjà été signalé non seulement pour les papillomes du larynx, mais encore pour ceux d'autres régions. On lira avec intérêt le cas que j'ai eu l'occasion d'observer l'année dernière.

OBSERVATION. — Le 9 juin 1890 on me présente une fillette de 4 ans. Cette enfant m'est adressée par le Dr Giraud, de Beaujeu (Rhône), pour une affection laryngée très inquiétante. La petite malade a une bonne apparence, elle est d'une forte constitution, mais son teint est relativement pâle. Elle n'a eu aucune maladie de l'enfance et a joui d'une santé parfaite jusqu'au mois de janvier 1890. Elle n'a eu qu'un frère qui est mort de convulsions à 11 mois. Le père et la mère sont bien portants.

En janvier 1890, la petite malade prend l'influenza. Cette affection se localise chez elle du côté de l'appareil pulmonaire. Elle a de la bronchite avec une toux assez violente. Dès que la toux disparaît, survient de l'enrouement. La voix est plus ou moins rauque, mais la santé générale n'est nullement altérée. La raucité augmente de jour en jour, et à partir du mois de mars l'aphonie est à peu près complète. L'état reste stationnaire dans le cours d'avril. A partir du mois de mai, on note déjà de la gêne respiratoire. L'enfant ne peut plus faire d'efforts sans éprouver de l'oppression. La difficulté de la respiration augmente progressivement, et en juin le Dr Giraud conseille de faire pratiquer l'examen laryngoscopique.

Le 9 juin, je vois la malade pour la première fois. Elle a la voix éteinte comme dans le croup. Elle présente un cornage

bien accentué avec un certain degré de tirage. Après quelques hésitations bien naturelles à son âge, l'enfant se laisse néanmoins examiner au laryngoscope sans trop de peine. J'aperçois alors dans le larynx une tumeur d'aspect franchement papillaire. La tumeur occupe toute la corde gauche du larynx ainsi que la partie postérieure ou commissure interaryténoïdienne. Elle est mamelonnée comme le sont les papillomes : elle obture la plus grande partie de la glotte, arrivant presque au contact avec la corde droite. Cette dernière ne présente d'ailleurs pas la moindre altération. Dans aucun autre point du larynx, je n'ai constaté d'autres productions morbides.

L'état grave de cette enfant m'inspirant d'assez vives inquiétudes, je déclare à son père qu'une trachéotomie s'impose à brève échéance, lui disant bien qu'il s'agit de parer au danger immédiat, et que plus tard on discuterait la question d'une intervention curative complète.

Le père repart alors avec sa fillette à Beaujeu, mais il la ramène dès le lendemain, 10 juin, dans la maison de santé des sœurs Sainte-Marthe. La nuit du 10 au 11, tant sous l'influence du progrès de la maladie que par suite de la fatigue du voyage, on observe de véritables accès de suffocation plus forts que tous ceux survenus dans les derniers jours.

Le 11 juin, je pratique la trachéotomie, l'enfant étant anesthésiée à l'aide du chloroforme. L'opération se fait simplement sans aucun accident fâcheux. J'introduis une canule à bec de Krishaber, bien qu'il ne s'agisse pas d'une laryngotomie intererico-thyroïdienne. Les suites de l'opération sont des plus simples. Le 5^e jour, je place une canule un peu plus large et fenêtrée pour faciliter le plus possible la respiration et la phonation. Le 8^e jour, je donne congé à ma malade.

Quinze jours après l'opération, au milieu de la nuit, un des tenons de la canule se dessoude et la canule est projetée au-dehors. Mon confrère, appelé quelques instants après, essaye mais en vain de replacer la canule. Il conseille alors au père de conduire immédiatement l'enfant à Lyon. Lorsque la malade arrive, l'orifice s'était fort rétréci. Dans ce cas, la canule à bec de Krishaber me fut très utile, car je pus facilement remettre la canule en place. Un fait cependant me frappa à ce moment : la voix de l'enfant avait perdu son timbre sourd et rauque : elle paraissait à peu près normale. L'enfant avait été trop effrayée par cette deuxième introduction de la canule pour lui imposer un examen laryngoscopique.

Le 30 juillet, je revois l'enfant ; j'examine le larynx avec le plus grand soin, mais il n'y a plus trace de papillome. La voix est d'ailleurs tout à fait normale. Le jeu des cordes vocales est parfait, aussi je n'hésite pas à enlever définitivement la canule.

J'ai revu l'enfant tout récemment ; elle se porte très bien et la voix est toujours normale.

On voit, d'après les détails de cette observation, que ce papillome, qui menaçait les jours de cette enfant, m'a conduit à pratiquer la trachéotomie. Cette opération faite, le larynx s'est trouvé dans un état de repos relatif, et les végétations qui encombraient l'orifice glottique ont disparu en peu de temps. Quinze jours après l'opération, un accident provoque l'issue de la canule, et l'enfant parlait déjà avec une voix relativement claire.

Il m'a déjà été donné d'observer, il y a six ans, un fait analogue, mais dont l'évolution se fit plus lentement. Il s'agissait d'un jeune garçon de 11 ans, qui présentait une raucité très grande de la voix, pour ne pas dire une aphonie presque complète. Cette raucité avait eu une marche progressive combinée avec une gêne croissante des fonctions respiratoires. J'avais examiné cet enfant, sans succès, à plusieurs reprises. Il était élevé par une mère qui lui passait tous ses caprices, aussi il me fut impossible de voir au delà de son épiglote. Cependant comme son épiglote présentait quelques bourgeons papillomateux, il était permis de conclure à l'existence d'autres bourgeons au niveau de l'orifice glottique. Comme je l'avais annoncé et prévu, la trachéotomie s'imposa au bout de quelques mois. L'enfant grandit alors, portant toujours sa canule. A 14 ans, il avait sa canule depuis deux ans et commençait à désirer qu'on la lui enlevât. Il était devenu un peu plus docile et me permit, pour la première fois, de voir sa glotte. A cette époque, je constatai que l'épiglotte était devenue normale. Quant aux cordes vocales, elles étaient un peu rougeâtres et jouaient normalement. Leur écart inspiratoire était assez considérable pour éliminer toute hypothèse de suffocation. Je consentis à enlever la canule, et depuis cette époque la santé de cet enfant a été excellente.

Tout permet de croire ici encore à la disparition spontanée d'un papillome, bien que je ne puisse supposer l'existence de cette affection que par les bourgeons siégeant sur l'épiglotte.

Mais enfin, je ne m'appuierai que sur la première observation, rigoureusement examinée, pour affirmer la disparition spontanée du papillome du larynx chez l'enfant. D'ailleurs, ce phénomène de disparition spontanée des papillomes est admis par plusieurs auteurs. Ainsi Thost (Ueber papillom in der oberen Luftwegen. — *Deut. med. Woch.*, mai 1890) déclare que les papillomes de l'enfant disparaissent spontanément à la puberté. Toutefois ce phénomène de disparition n'est pas signalé dans la thèse de Causit (1867), relative aux polypes du larynx chez les enfants; il est vrai que cette thèse est déjà ancienne. A propos du traitement, cependant, Causit cite l'opinion de Dufour, qui aurait obtenu plusieurs fois la disparition de papillomes laryngés en administrant des vomitifs (?).

Ce qui frappe quand on compare le travail de Causit et celui tout récent de Thost, c'est le désaccord entre les deux auteurs au point de vue du pronostic. Causit relate 21 cas de mort sur 46 observations. Thost, au contraire, déclare que le papillome du larynx chez l'enfant est sans danger; c'est une production bénigne qui disparaît d'elle-même à la puberté.

Pour ma part, je ne considère nullement comme bénigne une tumeur qui provoque des accès de suffocation, car on n'est pas sûr d'arriver à temps pour pratiquer la trachéotomie.

Je me souviens du cas d'un enfant de deux à trois ans chez lequel je soupçonnais l'existence d'une tumeur laryngée. Je fis transporter ce petit malade à l'hospice de la Charité, dans le service des enfants. Bien que l'on fût prévenu de la possibilité d'une tumeur, on ne put arriver à temps pour faire la trachéotomie. Deux jours après survenait un accès de suffocation mortel. A l'autopsie on constata l'existence d'une tumeur laryngée.

Tous ces faits prouvent bien que le papillome de l'enfance

est loin d'être bénin, et que la trachéotomie s'impose dès les premiers accès de suffocation. Maintenant, si l'on se reporte à notre première observation, on voit que la trachéotomie peut être non seulement un traitement palliatif, mais encore un traitement curatif. Le repos forcé du larynx diminue considérablement les causes d'excitation de la muqueuse vocale et le papillome peut s'évanouir pour ainsi dire comme par enchantement.

Ce phénomène de disparition n'a rien d'étonnant si l'on se reporte à l'étiologie du papillome bénin. Cette étiologie a été bien mise en lumière par Thost dans son récent mémoire. Le papillome n'est pas une tumeur, c'est une prolifération de la muqueuse. Cette prolifération se produira, par exemple, sous l'influence d'une irritation directe de la muqueuse par l'excitation due à des sécrétions purulentes, visqueuses ou sèches (affections catarrhales diverses). On la verra aussi survenir dans la période de la croissance, alors que la transformation des éléments procède par bonds plus ou moins saccadés.

Mais cette hyperplasie papillaire peut être aussi le signe précurseur d'affections graves en voie de préparation. Thost les considère alors comme les coulisses derrière lesquelles se prépare le drame proprement dit.

En 1889 (Congrès international de Paris), mon savant ami M. Gouguenheim a bien fait connaître les rapports de ces papillomes avec les infiltrations tuberculeuses. On se souvient encore de cette pachydermie verruqueuse qui masquait une lésion organique profonde dans un cas tristement célèbre.

Mais enfin, chez les enfants, les tumeurs malignes sont relativement rares, et le fait que je viens publier aujourd'hui démontre que si le développement de la tumeur arrive au point de provoquer la trachéotomie, on devra attendre patiemment la disparition spontanée possible de la tumeur. Une intervention ultérieure par la laryngotomie sera toujours d'un danger considérable et ne devra être faite que le plus tard possible.

III

NOTE SUR L'INTERPRÉTATION DES PHÉNOMÈNES
AUDITIFS PRODUITS PAR LE DIAPASON PLACÉ
SUR LE MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par le Dr **L. COUËTOUX**, de Nantes.

Dans un article publié par la *Revue clinique* de M. le Dr Huchard, le 9 avril 1890, sur les diverses méthodes d'exploration de la fonction auditive, M. le Dr Arnould publie, à propos de l'examen par le diapason, les lignes suivantes : « On a constaté que si l'on place un diapason vibrant sur le maxillaire inférieur, au point exact de l'émergence de la troisième branche du trijumeau, le son, au lieu de se faire entendre également par les deux oreilles ou même par l'oreille la plus rapprochée, ce qui est la règle générale, est perçu beaucoup plus fort par l'oreille du côté opposé, et le phénomène est constant chez tout individu d'une ouïe normale. »

Comme la *Revue* n'est pas un journal consacré aux affections de l'oreille, je ne relèverais pas ce que je crois être une double erreur (erreur de fait, car la chose ne se passe pas si simplement; erreur de cause, en faisant intervenir le trijumeau), s'il n'y avait pas là une notion otologique sur laquelle je ne vois pas l'attention appelée dans les traités spéciaux.

Que se passe-t-il dans l'application du tympan sur la branche montante du maxillaire inférieur? Le diapason est entendu davantage du côté où la mâchoire est portée par un mouvement latéral. Mais si on laisse les muscles des masticateurs sans contraction, il est entendu davantage du côté opposé au point d'application, parce que la mâchoire étant refoulée par la pression de l'instrument, le contact avec le crâne se fait mieux par le condyle du côté opposé. Un peu

de coton dans chaque oreille rendra le phénomène facile à saisir.

Promenons le diapason sur la mâchoire jusqu'à sa partie médiane, le phénomène persiste. A la partie médiane, le diapason est entendu des deux côtés également, si la mâchoire se trouve appliquée sur la cavité glénoïde avec une égale force d'un côté et de l'autre. Il suffira, au contraire, que les dents manquent d'un côté plus que de l'autre pour que, les contacts mettant mieux le diapason en continuité avec un côté ou l'autre du crâne, l'oreille du côté pourvu de dents en perçoive mieux les vibrations.

En fait, si l'on applique le diapason en un point quelconque du maxillaire inférieur, le son se transmettra toujours du côté où le condyle s'applique; par suite ce phénomène est sans valeur pathologique. Il n'y a là aucun rapport avec le trijumeau.

Je demande pardon d'avoir relevé une interprétation à laquelle, sans doute, on peut n'attacher aucune importance; mais il était bon de remarquer qu'en otologie la fantaisie ne domine pas toujours, même en ce qui a trait à la symptomatologie subjective, bien que cette partie de la science de l'ouïe soit de beaucoup la moins avancée.

C'est ainsi que les faits que nous avons relatés peuvent se produire sous la forme suivante : Quand le diapason est appliqué sur la mâchoire inférieure, les choses se passent comme s'il était appliqué sur le temporal dont le contact avec le maxillaire inférieur par la cavité glénoïde est le plus intime, et le fait particulier rentre dans le phénomène général dit épreuve de Weber.

IV

NOTE SUR LA MIGRATION DES ABCÈS TYMPANIQUES ET SUR SON MÉCANISME.

Par le Dr **L. COUËTOUX**, de Nantes.

Nous pensons, en faisant appel au plan incliné, donner une explication simple du fait signalé page 165 du traité d'Urbantschitsch, traduit par notre regretté maître le Dr Calmettes : « Cette migration (des abcès tympaniques), observée pour la première fois par Troeltsch, n'a pas encore trouvé d'explication satisfaisante. Kessel supposait qu'il s'agit d'un transport de sang par les lymphatiques; mais, comme le fait déjà remarquer Zaufal, cette hypothèse n'est pas applicable à tous les cas, puisqu'on voit des épanchements considérables se déplacer en bloc. Le déplacement ne résulte pas non plus de la pesanteur, puisqu'on le voit souvent se faire de bas en haut, etc. »

Si l'on se rappelle que la membrane est inclinée, d'après M. Tillaux, de 45°; que dans le décubitus latéral la tête ne l'est guère que de 30°, d'après mes mesures, nous trouvons, pour huit heures de sommeil ou de repos, sur une journée de vingt-quatre heures, 15° en faveur de la progression de l'abcès de bas en haut, ou plutôt ici, il faut dire, de la partie inférieure à la supérieure devenue inférieure par le décubitus latéral du côté malade. Il va de soi que bien souvent la tête dans le décubitus latéral se trouve tout à fait horizontale, et alors pendant le repos l'abcès se trouve sur une pente de 45°, l'entraînant vers la partie supérieure du tympan. — D'un autre côté, le décubitus dorsal est souvent habituel pendant le sommeil et le repos; alors l'abcès se trouve porté non plus en haut, mais bien en arrière. Enfin, l'abcès peut être porté en avant par la pesanteur non seulement dans le décubitus

abdominal pectoral, mais encore dans le décubitus latéral du côté malade, vu le développement postérieur de l'ovoïde crânien, qui fait que la face se trouve sur un plan inférieur à celui du crâne. Aussi ne devons-nous pas facilement conclure à une marche des abcès en raison inverse des lois de la pesanteur; suivant les positions du malade au repos, l'abcès peut obéir à la pesanteur en se portant soit en avant, soit en arrière, soit en haut, soit en bas. — La pesanteur expliquera aussi facilement que « l'épanchement peut dépasser les liquides de la membrane et passer dans le conduit auditif », du moins lorsqu'il s'agit d'un abcès situé entre la membrane épithéliale et la membrane propre, et migrant de la partie supérieure de la membrane à la paroi supérieure du conduit auditif externe.

V

UNE OBSERVATION D'AUDITION COLORÉE.

Par le Dr C. DELSTANCHE, de Bruxelles.

Notre ami le Dr Delstanche nous communique la très intéressante lettre qu'il vient de recevoir et que nous reproduisons ci-dessous :

« Monsieur le Docteur,

« Comme vous en avez exprimé le désir, j'ai réuni quelques observations que j'ai faites sur moi-même, à propos de l'audition colorée, phénomènes dont je ne sais cependant pas bien me rendre compte à moi-même.

« C'est la note *fa* qui a le plus d'action sur moi : elle évoque en moi le pensée de la couleur verte. Plus l'octave est élevée, le son aigu, plus cette teinte est claire; dans les octaves plus graves, la sensation est moins vive, et l'accord le plus net, vert, est *fa*, *la*, *do*, *fa*.

« Les autres notes me donnent aussi des sensations de couleur, mais elles sont beaucoup moins distinctes, à tel point que je n'oserais pas me prononcer avec certitude à leur égard.

« Les sensations tactiles aussi ont leur couleur, si je puis m'exprimer ainsi, et quand j'étais encore enfant, par conséquent bien avant que j'aie pu lire quoi que ce soit à ce sujet, je prétendais ressentir des douleurs jaunes ou jaune orangé; et quoiqu'on se moquât toujours de moi, ma conviction restait ferme, puisque je le voyais ! ou plutôt, puisque je le pensais ! Car il va sans dire que ce n'est pas ici une impression visuelle dont il s'agit, mais une sensation intime impossible à définir.

« Voilà, Monsieur le Docteur, ce que j'ai pu rassembler sur ces phénomènes, qui ne présentent cependant pas beaucoup d'intensité chez moi ; je crois que j'ai dit tout ce que j'en sais, cependant je serai toujours à votre disposition si vous désirez plus d'éclaircissements. »

VI

SYPHILIS DE L'OREILLE.

Par le Dr **M. OUSPENSKI**. (Lu à la séance de la Société des médecins russes, le 8 mars 1891, à Moscou.)

Quoique l'étude de la syphilis de l'oreille ait fait des progrès considérables, elle exige néanmoins des recherches ultérieures. Ma communication ne renferme rien de nouveau ; elle a pour but unique d'attirer l'attention sur cette forme quelquefois alarmante, d'autant plus qu'étant saisie dès le commencement, elle aurait pu éviter une triste fin. L'étude clinique et les données pathologiques sur la syphilis de l'oreille, grâce aux travaux de Trœltsch, Toynbee, Voltolini, Schwartz, Hutchinson, Pierce, Baratoux, Moos, Kirchner

et autres, se sont considérablement élargies. Actuellement pour les maladies syphilitiques de l'oreille nous possédons des symptômes plus ou moins caractéristiques qui en facilitent le diagnostic.

La syphilis de l'oreille accusée dans sa forme primitive se rencontre très rarement. Le chancre du conduit extérieur se présente exceptionnellement. Le plus souvent on observe des condylomes, des exostoses. A la membrane du tympan on a observé des papules (Gruber), papules qui en s'exulcérant déterminent une perforation. En se propageant par les cavités naso-pharyngiennes à la trompe, à la caisse, les affections syphilitiques déterminent une otorrhée avec destruction du tympan, de la carie, ou elles se manifestent tantôt sous la forme de la sclérose, tantôt de l'hyperplasie. Dans l'apophyse mastoïde elles marchent ou par continuité de la caisse par la muqueuse jouant le rôle du périoste, ou bien sous la forme tertiaire, et l'affection commence par l'os. L'oreille interne est ordinairement affectée à la période tertiaire.

La forme prédominante de la syphilis héréditaire est l'otorrhée. E. Woakes (1) attribue le plus grand nombre d'otorrhées à la syphilis. Robert Tilley (2) considère la syphilis comme le principal facteur de l'otorrhée de l'oreille moyenne. Sur 20 cas observés par Hutchinson (3), 14 fois la surdité avait été déterminée par l'otorrhée.

A l'autopsie on trouva (Moos) (4) : œdème des poumons, hyperhémie du cerveau et des méninges, rate volumineuse, sang rutilant, rocher droit (conservé dans l'alcool), sclérose, ankylose de l'étrier; rien d'anormal dans tout le reste de l'oreille externe et moyenne, labyrinthe; périoste du vestibule épaissi; platine de l'étrier un peu tuméfiée, immobilisée; hyperplasie cellulaire entre les parois osseuse et membraneuse du vestibule, infiltré par de petites cellules rondes ou ovales; le périoste de la lame spirale osseuse et la zone pectinée sont moins infiltrés que la région des dents et des arcs

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, 1885, p. 461.

(2) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1887, p. 652.

(3) *Annales des maladies de l'oreille*, 1884, p. 104.

(4) *Annales des maladies de l'oreille*, 1879, p. 62.

de Corti. Aux ampoules et aux sacs membraneux et dans le tissu cellulaire qui les unit à l'enveloppe osseuse, l'infiltration est plus forte qu'aux canaux semi-circulaires. Le trou du nerf acoustique est intact.

Dans les cas de syphilis héréditaire, J. Baratoux (1) a trouvé qu'« où l'oreille interne était prise concurremment avec l'oreille moyenne, cas où il y avait absence de pus dans le labyrinthe, on trouvait toujours une injection vasculaire des parties molles du labyrinthe, avec épaissement au niveau des ampoules des canaux demi-circulaires.

« Quand l'oreille interne était seule affectée, les altérations étaient encore plus profondes; les vaisseaux de l'angle spirale et même le vaisseau de la lame spirale membraneuse offraient une prolifération cellulaire de leurs tuniques, amenant le rétrécissement du canal et par suite une oblitération par caillot fibrineux qui produisait une dilatation anévrysmale et souvent une rupture vasculaire avec hémorrhagie. »

Récemment enfin, à l'autopsie, l'examen microscopique par Kirchner (2) révéla les altérations syphilitiques suivantes: les vaisseaux de la caisse étaient entourés d'un large amas de petites cellules; l'endothélium était atteint de dégénérescence; les cellules renfermaient des granulations grasses et une grande quantité de pigment. La lumière des troncs artériels du promontoire était fortement réduite par la prolifération de la tunique interne, à la suite d'une endartérite syphilitique, ce que Hubner observa le premier dans la syphilis sur les artères de la pie-mère. Sur le promontoire on trouve des formations osseuses spéciales lenticulaires, analogues à la périostite syphilitique du tibia ou de la clavicule. Dans les canaux de d'Havers, on trouve aussi des dépôts lenticulaires avec infiltration cellulaire et accumulation de pigment et de tissu conjonctif de formation nouvelle, ce qui, d'après Rindfleisch, doit être caractéristique dans la syphilis.

L'auteur explique les douleurs opiniâtres dont se plaignait le malade par les modifications pathologiques qu'il trouva lors de l'autopsie.

(1) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1888, p. 201.

(2) *Annales des maladies de l'oreille*, 1890, p. 110.

Les symptômes subjectifs comme formes acquises de même qu'héréditaires seront les suivants : surdité des deux côtés fortement accusée avec marche rapide, bruits musicaux, vertiges et manifestation de maladie de Ménière ; affaiblissement et obscurcissement de la vue, maux de tête, sensation particulière de la plénitude de l'oreille qui, selon Jégu (1), peut être prise pour un des symptômes caractéristiques ; une rhinite rebelle à une thérapeutique anticatarrhale, souvent une prédominance de manifestations nerveuses dans les affections catarrhales. En général le signe caractéristique doit être regardé comme une coïncidence de ces symptômes tant du côté de l'oreille moyenne que du côté de l'oreille interne.

Le tableau de la membrane du tympan est très varié et présente à peine quelque chose de caractéristique, bien que d'après Sturges (2) l'infiltration de la membrane du tympan doive être considérée comme symptôme pathognomonique. Dans les observations de Pierce (3), la membrane était opaque, claire, la réflexe lumineuse large, le manche du marteau rouge, large et tendu à l'intérieur. Cependant, souvent elle ne présente pas de modifications pathologiques qui expliquent une si profonde surdité. D'après Hutchinson, elle s'explique par une affection du nerf acoustique et sa ramification labyrinthique. Kipp (4), dans la localisation de la maladie des deux côtés, voit une affection du quatrième ventricule du cerveau. Le caractère des symptômes de surdité syphilitique sera la perte du diapason vibrant sur le vertex ou un fort affaiblissement et aussi une entente très défectueuse par l'air.

Ensuite les dents cariées ont dans la syphilis héréditaire une déformation caractéristique des incisives de la mâchoire supérieure ainsi nommées dents Hutchinson (5). Cette forme, comme on le sait, consiste en affection de l'émail des dents et en même temps de la dentine. Elle commence par le bord supérieur des incisives qui, à la suite de la perte de l'émail,

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, 1884, p. 95.

(2) *Annales des maladies de l'oreille*, 1884, p. 376.

(3) *Annales des maladies de l'oreille*, 1881, p. 218.

(4) *Annales des maladies de l'oreille*, 1881, p. 315.

(5) *Traité de chirurgie dentaire*, par Tomes, 1873, p. 789.

s'ébrèche et revêt la forme de demi-lune. D'après Gruber (1), l'oblitération de la trompe d'Eustache est le signe caractéristique de la syphilis de l'oreille; cependant, dans le cas de M. Charles-J. Kipp (2), il était perméable. Enfin un des signes caractéristiques de la syphilis de l'oreille sera une affection consécutive de l'œil.

La syphilis héréditaire de l'oreille, d'après les observations de Pierce, se manifeste de 11 à 18 ans. L'affection catarrhale chez les enfants apparaît dès les premiers jours de la naissance. En général, le signe de la syphilis héréditaire se montre déjà à la troisième semaine de la naissance.

« Tous les enfants, dit Trœltzsch (3), comme on le sait, souffrent dès les premiers jours de leur vie d'une rhinite rebelle dans les cas de syphilis héréditaire. » D'après M. Mackenzie, la syphilis héréditaire affecte plus souvent les filles. La marche de la maladie est rapide et quelquefois même paraît soudainement. Ainsi, dans le cas de Han (4), la malade le soir en se couchant était en bonne santé, mais le lendemain elle se réveilla sourde.

Néanmoins, malgré les symptômes décrits plus haut et les données anamnestiques, le diagnostic de la syphilis de l'oreille présente toujours encore une grande difficulté, et dans la plupart des cas peut être déterminé avec plus ou moins de sûreté.

Ces affections, surtout dans la forme héréditaire, doivent être regardées comme graves, mais pas toujours. Dans la littérature on rencontre des cas, il est vrai jusqu'ici en petit nombre, qui furent traités avec succès. Dans le traitement de la syphilis de l'oreille, le résultat le plus heureux a été obtenu par l'iodure de potassium à doses ascendantes. Quelquefois un traitement mixte d'iode et de mercure a réussi. Ainsi M. Bendelack, M. C. Sheris (5), ont obtenu un bon résultat de l'iodure de potassium et avec traitement mixte de

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, 1884, p. 98.

(2) *Annales des maladies de l'oreille*, 1881, p. 113.

(3) TRÖELTSCH, traduction russe, *Manuel des maladies de l'oreille*, p. 281.

(4) *Annales des maladies de l'oreille*, 1884, p. 102.

(5) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1881, p. 376.

l'iode mercure. Albert-H. Buck (1), chez un enfant de sept ans atteint de surdité rapide et presque complète, obtint une amélioration considérable de l'ouïe par l'iodure de potassium à doses ascendantes. Dans six cas de Charles-J. Kipp, le résultat du traitement fut presque nul, à l'exception d'un seul.

Théobald, de Baltimore, obtint une amélioration considérable par le bichlorure de mercure avec chlorhydrate d'ammoniaque.

Les cas de surdité de la syphilis acquise sont fréquents. Tous ont les mêmes symptômes caractéristiques.

D'un grand nombre de cas observés par moi, je n'en citerai qu'un pouvant servir d'exemple.

La malade a 27 ans, taille moyenne, constitution modérée, mariée depuis 11 ans; a quatre enfants, dont un a perdu la vue; son père et sa mère sont vivants; rien d'héréditaire. La surdité des deux côtés n'a paru que 15 jours auparavant. Elle se plaint d'un bruit musical, de vertige, d'oscillation et en même temps d'un affaiblissement de la vue. De plus, la malade éprouve des sensations très désagréables de l'oreille, en même temps de violents maux de tête à ne pouvoir toucher les cheveux, et aussi des douleurs aux extrémités, surtout la nuit.

Il y a trois ans, la malade a eu une éruption à la poitrine et à l'abdomen (roséole). La malade entend le bruit de la montre à l'oreille droite à la distance de moins d'un pied; à l'oreille gauche, à peine en l'appliquant à la conque. La transmission du son par les os du crâne pour le diapason est entièrement perdue.

Les membranes du tympan des deux côtés ne sont pas modifiées ni en couleur ni en transparence, profondément tendues en dedans; la pointe lumineuse est normale, la trompe d'Eustache est imperméable. La malade nie la syphilis.

Je passe aux cas de surdité sur le terrain de la syphilis héréditaire.

1^{er} cas. Jeune fille de 18 ans, de complexion faible, de petite taille. La surdité apparut aux deux oreilles, il y a un an, à la suite d'une otorrhée gauche. La malade, outre la surdité, se plaignait de bruits musicaux, de vertiges, d'oscillations, d'affaiblissement de la vue — comme si un filet s'étendait devant ses yeux; — une sensation particulière de la plénitude de l'oreille

(1) *Revue mensuelle de laryngologie*, 1888, p. 37.

et de toute la tête; maux de tête, — on ne peut la toucher; douleurs aux extrémités telles que la malade crie la nuit. En outre, une rhinite opiniâtre sans abondance de mucosité.

La malade entend le bruit de la montre du côté droit, à deux ou trois pouces, du côté gauche pas du tout. La transmission de son par les os du crâne est entièrement perdue.

La membrane du tympan du côté gauche est complètement détruite, du côté droit fortement inclinée vers la paroi intérieure de la caisse. La trompe d'Eustache est presque imperméable. A la mâchoire inférieure, une dent cariée.

Une thérapeutique anticatarrhale, entreprise au commencement même de la maladie est restée sans succès. Le traitement par l'iodure de potassium pendant trois semaines, améliora l'état de la malade, l'ouïe s'est aussi améliorée, la malade entendant le tic-tac d'une pendule.

2^e cas. Jeune fille de 18 ans, de complexion faible, paraît avoir dix ans. Les menstruations n'ont pas paru; à 14 ans les incisives supérieures ont commencé à se gâter et présentent la forme des dents Hutchinson. La surdité aux deux oreilles est complète. Une conversation à haute voix n'est possible qu'à l'oreille droite. De temps en temps, la malade entend des bruits musicaux. La transmission de son par les os du crâne n'existe pas. La membrane du tympan des deux côtés est détruite. L'apophyse mastoïde à la pression est sans douleur. On n'y voit ni rougeur, ni tumeur. L'otorrhée a une odeur insupportable.

L'examen ophtalmoscopique a montré : hyperémie et dilatation des vaisseaux sur la rétine et disposition en zigzag des veines dans le fond de l'œil.

La malade a eu, il y a trois ans, la scarlatine, à la suite de laquelle apparut une otorrhée double et l'ouïe fut perdue aux deux oreilles. Dans le cours de la maladie, derrière l'oreille et dans la direction du sterno-clido-mastoïdien parurent trois petits abcès qui furent ouverts. Le 3 janvier de cette année, trois semaines après l'influenza, apparut une forte douleur à l'oreille droite, avec frissons et une température de 40°,6. L'examen montra à la paroi post-supérieure du conduit extérieur une saillie insignifiante en forme de demi-lune à l'incision de laquelle sortit un peu de pus. Ensuite la température eut cinq élévations.

Le père de la malade avait eu la syphilis.

Prenant en considération la profonde altération pathologique des organes de l'ouïe, la double et complète surdité

avec marche rapide, les bruits musicaux, la perte de la transmission des os du crâne, la forme Hutchinson des dents, la suspension du développement du système des os, quelques altérations dans l'œil, enfin la syphilis du père, on peut avec plus ou moins de certitude admettre la surdité sur le terrain de la syphilis héréditaire.

Les abcès précédents autour de l'oreille droite dans le cours de l'otorrhée, la haute température avec frissons, le type irrégulier de la fièvre, l'odeur insupportable de la sécrétion, donnent lieu de croire que nous avons affaire ici à une carie des temporaux. Définir la localisation de cette carie dans le cas précédent est très difficile. La sonde servant de véritable indicateur dans des cas pareils à défaut de fistule est ici inapplicable. Considérant la parfaite santé de l'apophyse mastoïde, le manque de rougeur et de tumeur, le diagnostic de carie doit être exclu. Il peut se faire que la carie se localise en pyramide près de la caisse. Deux cas pareils ont été observés par feu le professeur S.-P. Kolomnine à la clinique de l'hôpital militaire de Kiev, où les malades moururent avec des symptômes de méningite dépendant de carie à la pyramide, où l'autopsie montra que l'apophyse mastoïde était normale, mais que la carie se trouvait près de la caisse et par le canal étroit en zigzag le long de la pyramide, dans un cas, s'ouvrait dans un des sinus de la dure-mère et dans l'autre près de ce dernier.

Dans des cas pareils, la résection du processus mastoïdien, je le crois, reste sans résultat.

ASSEMBLÉE ANNUELLE
DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES

Deuxième session. — 17 mai 1891.

Présidence de M. le D^r CAPART

Compte rendu par le D^r O. LAURENT

La séance s'ouvre à 2 heures, à l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, dans la salle de clinique des maladies du larynx.

Sont présents : MM. Andries (Landen), Bayer (Bruxelles), Beco (Liège), Boland (Verviers), Boval (Charleroi), Capart, (Bruxelles), Chalant (Liège), Cheval (Bruxelles), Dandois (Louvain), Dekeghel (Gand), Delie (Ypres), Delsaux (Bruxelles), Delstanche (Bruxelles), Eeman (Gand), Gevaert (Gand), Goris (Bruxelles), Gouguenheim (Paris), Guye (Amsterdam), Hennebert (Bruxelles), Helmoortel (Anvers), Hicguet (Bruxelles), Joal (Paris), Moll (Arluheim), Noquet (Lille), Schuster (Aix-la-Chapelle), Schiffers (Liège), Wagner (Lille), Wodon (Bruxelles) et Laurent, secrétaire.

MM. Motte (Dinant), Rousseau (Schaerbeek), Van Hoeck (Nimègue), Van Oppernay (la Haye) s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Sur la proposition de M. Eeman, l'Assemblée décide à l'unanimité que la prochaine session se tiendra à Gand. MM. Dekeghel et Gevaert se joignent à M. Eeman; ils s'efforceront de faire à leurs confrères une réception aussi cordiale et aussi large que celle qu'ils ont reçue de M. Capart.

M. DELSTANCHE. *Applications nouvelles de la vaseline liquide au traitement des affections de l'oreille moyenne.* — Convaincu par dix ans d'expériences de l'innocuité absolue de la vaseline employée en instillations dans la caisse, j'ai été amené depuis quelque temps à faire de nouvelles et, selon moi, très utiles applications de cette substance au traitement des affections de l'oreille moyenne. Ainsi j'y ai eu recours en injections forcées chez des sujets qui présentaient des adhérences complètes du tympan avec la paroi labyrinthique, après avoir essayé, sans aucun profit, des douches d'air et du massage. Dans deux cas

surtout je n'ai eu qu'à m'en louer, car non seulement il s'en suivit, au bout de quelques séances, une amélioration très appréciable de l'ouïe, mais aussi le décollement, sur une assez grande étendue de la membrane tympanique. Encouragé par ces résultats j'ai appliqué ce mode de procéder, en proportionnant la force d'impulsion du liquide au degré de résistance à vaincre, dans des cas même où le processus adhésif paraissait être limité à la chaîne des osselets, et cela souvent au grand avantage du malade.

On sait que dans les affections exsudatives de l'oreille moyenne, l'usage des insufflations d'air à travers la trompe suffit presque toujours à éliminer l'épanchement quand celui-ci est séreux, mais si l'on a affaire à des mucosités, il est difficile de réussir par ce moyen, et l'on se voit forcé presque toujours de pratiquer la paracentèse, et encore faut-il s'aider alors d'injections d'eau salée, poussées avec plus ou moins de force par la voie de la trompe, pour réussir à entraîner au dehors les matières épaisses et gluantes qui remplissent la caisse. Or, en vue de restreindre, autant que possible, les indications de la paracentèse qui, tout inoffensive qu'elle soit en général, provoque néanmoins parfois de fâcheux accidents inflammatoires, j'ai songé à utiliser, dans ces conditions, les injections de vaseline liquide à titre d'adjuvant des insufflations d'air, à raison de la propriété que possède cette huile d'empêcher les mucosités qui en sont lubrifiées d'adhérer aux parois de la caisse, ce qui dès lors facilite beaucoup l'expulsion des matières soit vers les cellules mastoïdiennes où leur présence ne donne lieu à aucun inconvénient, soit vers le pharynx par la voie de la trompe.

Si satisfaisants qu'aient été les résultats de cette méthode, je n'ai garde de vouloir les mettre en parallèle avec ceux que donne la paracentèse, au moins quand il s'agit d'obtenir une cure radicale. Mais dans les cas où, à cause de complications incurables du côté de la région naso-pharyngienne ou de la trompe par exemple, la paracentèse n'exerçant plus qu'une action palliative et transitoire, devrait être répétée, les injections de vaseline, dont l'emploi est si facile et absolument exempt de danger, doivent mériter la préférence; les expériences très nombreuses que j'ai faites à ce sujet me permettent de l'affirmer.

Un mot encore pour vous signaler l'opportunité, incontestable selon moi, de substituer la vaseline à l'eau salée, afin d'obtenir,

le cas échéant, au moyen d'injections intra-tubaires, l'évacuation complète des mucosités à travers l'ouverture ménagée du tympan par la paracentèse. J'ai tout lieu de croire, en effet, que l'eau additionnée d'une petite quantité de sel de cuisine, passe à tort pour être inoffensive, car si elle ne jouissait pas sous ce rapport d'une réputation usurpée, je ne parviendrais plus à m'expliquer comment le professeur Schwartze, de Halle, qui en préconise particulièrement l'emploi en injections, signale dans ses statistiques relatives à la paracentèse une proportion de cas suivis de phénomènes réactionnels dépassant de beaucoup celle que nous observons chez nos malades, bien que cet éminent confrère pousse jusqu'à la minutie les précautions antiseptiques et que nul ne peut révoquer en doute sa grande habileté opératoire.

M. DELSTANCHE. *Présentation d'instruments.* — M. Delstanche présente un porte-ouate à spirale et une série de curettes à anneaux de diverses formes et directions pour l'enlèvement des corps étrangers et polypes de l'oreille.

M. DELSTANCHE. *Un cas d'exostose du conduit auditif externe.* — Il s'agit d'une jeune dame qui, il y a quatre ans, avait constaté, en poussant le doigt dans l'oreille droite, la présence d'un corps dur qui ne la gênait pas et qui ne troublait pas l'audition. Deux ans plus tard, elle souffrit de l'oreille, qui présenta un écoulement augmentant en quantité avec l'intensité des douleurs. Comme elle était enceinte de sept mois, je l'engageai à attendre la fin de la grossesse pour se faire traiter. Les douleurs cessèrent dans l'intervalle et je ne la revis qu'en avril dernier. A cette époque, je trouvai une tumeur de la forme et du volume d'un gros noyau de cerise qui obstruait le conduit à un centimètre de son ouverture ainsi qu'un trajet fistuleux s'ouvrant derrière le lobule du pavillon, sans intéresser l'apophyse mastoïde et donnant issue à un écoulement peu abondant mais très fétide. La tumeur était dure, s'implantait par un pédicule plus large à la paroi postérieure du canal, mais jouissant d'une mobilité relative assez considérable. J'eus bientôt l'explication de ce dernier phénomène.

A l'aide de deux coups de gouge, j'enlevai la tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter et après avoir débarrassé l'oreille, au moyen de la seringue, de débris osseux à l'état de sable et d'amas caséeux, je remarquai qu'il s'était produit une destruction profonde aux dépens de la paroi postérieure du conduit auditif,

des cellules mastoïdiennes et de la paroi supérieure; le stylet ne rencontrait pas de surface osseuse en haut et en arrière; soit qu'il n'en existât plus de vestige, soit que les bourgeons qui tapissaient la cavité nous empêchassent d'y atteindre. Il n'y avait de conservé en arrière qu'une petite zone du conduit osseux, à laquelle s'insérait précisément l'exostose. Dès lors, lorsqu'on mobilisait la tumeur, on mettait simultanément la paroi en mouvement. L'anfractuosité s'est comblée progressivement dès que la sortie des sécrétions a pu se faire, et l'on constate aujourd'hui, en examinant la malade, qui a bien voulu venir se soumettre à l'examen des membres de l'assemblée que les dimensions du conduit sont à peu près normales, tandis que d'autre part, le trajet fistuleux s'est cicatrisé. D'otorrhée, presque plus de trace.

M. GUYE. *Traitement des abcès mastoïdiens.* — Moos, de Heidelberg, a publié la relation de 4 cas d'abcès mastoïdiens traités d'après la méthode de Bezold. Dans l'un d'eux, un abcès de l'antre produisit une accumulation de pus en dessous de l'apophyse, surtout dans la cavité rétro-maxillaire; à l'ouverture de l'antre, la pression sur le cou favorisait l'écoulement du pus. A l'autopsie, on trouva que l'abcès mastoïdien s'ouvrait derrière le conduit auditif externe, en dedans vers le cerveau. La perforation type est celle où l'abcès perfore la cavité mastoïdienne en dessous des attaches du sterno-cléido-mastoïdien. Trois des malades sont morts. Chez un malade de Kiesselbach, la perforation s'était faite dans le cou, l'écoulement du pus s'était fait vers le pharynx et avait donné lieu à un abcès rétro-pharyngien.

J'ai observé deux cas analogues qui se sont terminés par la guérison. Le premier souffrait de douleurs atroces, son conduit auditif était rempli de pus et de masses polypeuses; l'injection d'un courant d'eau à travers la caisse ne produisit aucun effet, mais l'ablation d'un polype favorisa l'écoulement du pus. Comme la pression sur le cou en augmentait l'écoulement, je fis une contre-ouverture à cette région. La malade guérit rapidement. Le pus entraînait dans l'apophyse mastoïde et ressortait par le conduit auditif externe.

Bezold fait l'incision sur le bord postérieur du muscle, mais je préfère la faire sur le bord antérieur.

Mon deuxième cas se rapporte à un homme de 65 ans qui, à la suite d'un catarrhe chronique nasal et rétro-nasal, a été pris

subitement d'un catarrhe moyen gauche et d'une perforation douloureuse de l'apophyse mastoïde. Quatre mois après, la membrane du tympan était cicatrisée; il y avait alors un peu d'hyperostose de la paroi postérieure du conduit auditif externe. En outre, le malade se plaignait de vives douleurs le long du cou, tandis que l'apophyse mastoïde était fort peu sensible. Il existait aussi un peu d'empatement dans le cou. Je fis l'opération à l'aide du ciseau et j'arrivai sur la collection purulente; il est sorti un peu de liquide par la trompe. Quinze jours après la température s'élevait, du pus se formait de nouveau en grande quantité, et la fistule donnait issue à un écoulement abondant. Mais un jour l'écoulement cessa complètement, et la douche de Politzer resta sans action sur lui. En même temps la déglutition devenait difficile: je trouvai un abcès rétro-pharyngien dont je fis l'ouverture; deux autres abcès qui se formèrent plus bas furent également ouverts. Toujours la pression sur le cou augmentait l'écoulement. Actuellement, l'abcès rétro-pharyngien est guéri, le malade se porte bien, l'ouïe n'est que légèrement altérée; il n'existe ni bourdonnements ni douleurs.

L'ablation d'une large partie de l'apophyse mastoïde n'est pas toujours suivie de bons résultats.

M. SCHUSTER. *Paralysie de la corde vocale gauche.* — Je vous présente un malade qui est atteint de paralysie de la corde vocale gauche. Il est âgé de 36 ans et a été infecté de syphilis il y a dix-huit ans. Il est resté bien portant pendant quinze ans, mais depuis trois ans il présente de la dyspnée, de la dysphagie et de la dysphonie. On trouve aussi du strabisme de l'œil gauche, mais celui-ci est congénital. J'ai constaté une paralysie complète du côté gauche du larynx, le malade ne parlait pas. J'ai aussi retrouvé un peu d'anesthésie faciale et palatine gauche. Le patient a été soumis à l'administration des injections mercurielles, qui ont déterminé une légère amélioration; le traitement par l'iodure de potassium, qui a été prescrit jusqu'à la dose de 30 grammes par jour, n'a guère produit d'effet. D'une façon générale, le malade est resté pour ainsi dire dans le même état. Actuellement, la voix est bitonale, la corde vocale et le cartilage aryténoïde droits se déplaçant du côté gauche.

La cause d'une telle affection peut être, comme Schiffers l'a démontré, générale ou locale. Nous avons peut-être affaire, dans notre cas, à une cause générale, les anamnétiques étant très

nets à ce sujet. On a aussi comparé les paralysies sans symptômes aux paralysies oculaires provenant du cerveau; elles précèdent, en général, l'apparition de la paralysie progressive. On peut également penser à l'hystérie.

M. GORIS. *A propos d'un cas de guérison d'épilepsie réflexe.* — Permettez-moi de vous reparler d'un cas dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir l'année passée déjà, à pareille époque. Ils s'agit d'une jeune fille, parfaitement bien portante, sans aucune tare névropathique héréditaire, atteinte, il y a sept ans, d'un abcès de la caisse du tympan à la suite d'un bain de mer. L'écoulement persista pendant un an, puis se déclara un premier accès d'épilepsie avec aura très nette, perte absolue de connaissance, convulsions cloniques, morsure de la langue. Depuis lors, les accès réapparaissaient régulièrement tous les mois ou tous les deux mois à l'époque des règles. L'aura présentait ceci de particulier qu'elle était constituée par des bourdonnements d'oreille. A l'examen de l'oreille, sur le tympan gauche fortement déprimé on remarque la cicatrice d'une perforation; le raréfacteur Delstauche démontre l'immobilité du manche du marteau, le diapason vertex est entendu des deux côtés. Diagnostic: adhérences du manche, ankylose probable des osselets.

Je fis le sondage de la trompe et pratiquai une raréfaction énergique une fois toutes les semaines, deux fois aux approches des règles. Les accès avaient disparu pendant cinq mois, mais un nouvel accès survint. Or, ce succès était encourageant à cette époque. Aujourd'hui, je pense qu'il m'est permis de parler de guérison, puisque ma malade n'a plus eu un seul accès depuis le mois de mai de l'année passée. J'ai progressivement espacé les séances de sondage et de raréfaction. J'ai même cessé tout traitement depuis deux mois et demi.

L. ROUSSEAU. — *Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal.* — Nous enlevons les végétations, quel que soit leur point d'implantation (base du crâne, paroi postérieure du pharynx, voisinage de la trompe d'Eustache) au moyen d'un fil de platine rougi, qui constitue un véritable cautère galvanocautique, instrument hémostatique et antiseptique par excellence. Nos curettes sont au nombre de deux. La première, destinée à la base du crâne, à la paroi postérieure du pharynx, rappelle dans son ensemble la curette de Gottstein, où la partie tranchante, horizontale, avait été remplacée par un fil de platine. La seconde, destinée aux parois latérales et à la région de la

trompe d'Eustache, se rapproche de la curette de Hartmann. Toutes deux s'adaptent parfaitement à la poignée galvanocaustique de Schech. Le courant électrique est fourni par un accumulateur.

Pour notre cautère électrique, comme pour tous les instruments galvanocaustiques, il faut éviter de dépasser le rouge sombre, environ 600° ; au-dessus, l'hémostase se fait mal et le platine perd sa résistance, se rompt ou se fond. Il est donc utile de faire usage du rhéostat. D'après le docteur Cheval, la curette pour la voûte et la paroi postérieure du pharynx exige, au début, de 17 à 18 ampères et 2 v. 375 ; celle pour la paroi latérale absorbe 31 ampères environ et s'échauffe sensiblement, mais on peut remplacer le platine par un fil d'acier.

Nous commençons par déterger et désinfecter la région à l'aide des pulvérisations et des gargarismes boriqués. L'anesthésie est faite au moyen de la cocaïne ; nous employons le calorforme pour les jeunes enfants et les sujets peu dociles. La langue étant fortement abaissée, on introduit l'instrument de la façon ordinaire en faisant en sorte que le fil de platine soit dans toute son étendue intimement en rapport avec la surface muqueuse. On fait alors passer le courant après avoir déterminé au préalable le nombre d'ampères dont on aura besoin. Le passage du courant sera indiqué par le bruit de crépitement produit par le fil incandescent, auquel on imprime alors un mouvement de haut en bas de façon à raser toute la surface muqueuse. Puis, sans retirer l'instrument, ayant seulement interrompu le courant, on fera un second, un troisième curettage. L'opération peut être complète en une seule séance. Ajoutons que l'instrument est bien à la main et facile à manier.

La rupture du fil de platine peut toujours être évitée, en ne dépassant pas sensiblement le nombre d'ampères que nous avons indiqué. Nous n'avons pas vu d'adhérences cicatricielles se former entre la paroi postérieure du pharynx et le voile du palais qui s'appliquerait contre le cautère pendant l'opération, le fil de platine plongé au milieu du tissu adénoïde est protégé par le tissu même qu'il est chargé d'enlever. Nous n'avons pas non plus observé la production d'adhérences de même nature entre les parois de la trompe d'Eustache, l'écartement de celles-ci pendant les mouvements de déglutition rendant la formation de ces adhérences impossible.

M. CHEVAL. *Étude sur les électro-thermo-cautères.* — Nous

proposons le terme électro-thermo-caustie, plus général que celui de la galvano-caustie, et ne présageant pas la nature de la source électrique, dynamo ou pile.

La difficulté d'obtenir des piles, une force électro-motrice et une résistance intérieure constantes nous ont engagé depuis longtemps à nous adresser aux accumulateurs (accumulateurs Julien-Uber). Pour compenser les variations de la résistance de l'anse et du cautère, nous avons intercalé dans le circuit un rhéostat à manette qui nous permettra de maintenir les cautères au rouge-sombre. Lorsque nous disposons d'une source générale d'électricité, nous proposons un rhéostat de 11 à 22 ohms pour une différence de potentiel de 55 à 110 volts. Le courant n'aura pas une intensité supérieure à cinq ampères, que l'anse électrique soit ouverte ou fermée complètement : c'est le rouge-sombre pour des fils de 1/3 de millimètre. Pour les cautères, on diminue la résistance de façon à leur permettre de se maintenir au rouge sombre pendant toute la durée de l'opération ou à un degré d'incandescence plus élevé. De cette façon, nous ne faisons qu'un seul réglage et nous avons la certitude que la température de l'anse ne dépassera pas celle qui aura été recherchée. Si, au contraire, nous ne disposons que de un à deux éléments, nous utiliserons le rhéostat de 1 à 2 ohms, rhéostat glissant sur une série de touches entre lesquelles sont insérées des résistances inférieures à 1/20 d'ohm. Pour l'avoir toujours à portée de la main, nous l'avons fixé à l'appui du laryngoscope.

Nous avons intercalé dans le circuit un ampèremètre Danel qu'un commutateur peut mettre hors du circuit. Nous avons constaté qu'une intensité de

5	ampères	donne le rouge-sombre,
6	—	— rouge,
6 1/2	—	— rouge-cerise,
7 1/4	—	— blanc,
8	—	fait fondre une anse de fil de 1/3 de millimètre de diamètre.

Nous plaçons donc la manette du rhéostat sur la touche correspondant à une intensité de 5 ampères et, tandis que la main droite, tenant le serre-nœud électrique, ferme l'anse et termine l'opération, la main gauche augmente la résistance de telle sorte que l'aiguille de l'ampèremètre a la même division 5. Pour une cautérisation, au contraire, nous savons qu'une fois que nous aurons déterminé la position de la manette du rhéostat pour le

degré de température que nous recherchons, l'intensité du courant ne pourra pas varier et la même température sera maintenue. Pour pouvoir mesurer également la différence de potentiel aux bornes mêmes du cautère, nous avons pris une dérivation immédiatement en dessous du point d'attache des cautères à la poignée; dans cette dérivation est intercalé un voltmètre ou plutôt le milliampéremètre. La résistance de l'ampéremètre est de 0 v.,014, celle du milliampéremètre 119 ohms, l'intensité du courant dérivé sera une minime fraction de l'intensité totale.

J'arrive à la dépense en ampères des cautères en platine.

Des fils de 1 millimètre carré de section et de longueur commune demandent pour être portés au rouge-sombre :

S'ils sont en cuivre rouge.....	80	ampères.
— aluminium	59	—
— platine.....	40	—
— fer.....	24	—
— plomb.....	10.8	—
— carbone.....	0.125	—

M. Capart se sert d'anses en fil de fer qu'il trouve plus économiques que le platine. Il y a double économie (dépense, électricité). L'économie électrique nous a conduit à faire construire toute une série d'armatures en fer et en acier pour cautères; la dépense en ampères est réduite de moitié. Car le fer est moins bon conducteur que le platine, puis le coefficient d'augmentation de la résistance électrique avec l'augmentation de la température est plus élevé pour le fer. C'est ainsi que nous avons pu faire construire des cautères beaucoup plus gros, beaucoup plus solides, sans tomber dans l'exagération phénoménale des gros cautères en platine. La curette électrique du Dr Rousseau qui exige, quand l'armature est en platine, une intensité de 35 ampères, le diamètre du fil étant 0,0006, demande avec l'armature en fer ou en acier 17.5 ampères. Si le diamètre de l'armature de fer est porté à 1 millimètre, la dépense en ampères reste inférieure encore à 35 ampères. D'un autre côté, si l'on songe que les cautères en fer, identiques aux petits cautères de Schech, exigent au maximum 5 à 10 ampères, selon la forme, on comprendra que le domaine de l'électro-thermo-caustie, déjà si vaste, pourra encore être étendu à grand nombre d'opérations les plus délicates de l'ophtalmologie et de l'otologie : les nouveaux cautères en fer n'auront plus besoin d'être fixés à de fortes tiges de cuivre de 1 à 2 millimètres de diamètre. Une tige

de cuivre de haute conductibilité permet sans échauffement dangereux, le passage d'un courant de 4 ampères par millimètre carré. Les petits cautères de 1 à 2 ampères pourront être soudés à des tiges très fines qui ne masqueront plus une partie de la vue du champ opératoire. Enfin, les tiges des cautères en platine ne sont pas rationnelles, elles ont une section trop faible et s'échauffent trop.

En résumé : 1° L'emploi d'un rhéostat et d'un ampèremètre, dans les applications électro-thermo-caustiques, la cautérisation électrique brutale, empirique n'a plus de raison d'être. 2° Le dosage scientifique du courant demande à pénétrer dans le domaine de l'électro-thermo-caustie. 3° Les accumulateurs sont à l'heure présente la meilleure source d'énergie électrique. 4° Les cautères en platine ne sont pas économiques. 5° Les cautères en fer et en acier ont les mêmes usages que le platine, sans dépenser autant d'énergie électrique. Ils peuvent avoir la résistance d'un bistouri ordinaire, sans exciser une intensité insensée pour être portés au rouge sombre. Ils conviennent alors pour toutes les opérations hémostatiques (trachéotomie). 6° Avec les précautions indiquées plus haut, la durée des cautères en fer est aussi longue que celle des cautères en platine. Les usages en sont extrêmement variés.

M. CHEVAL. *Electro-acoumètre*. — La caractéristique de notre appareil est de permettre à l'opérateur de faire varier non seulement l'intensité du bruit perçu, mais la nature de ce bruit, sans que le patient puisse en être prévenu et de permettre de vérifier les allégations de celui-ci. Quelque intelligent qu'il soit, il ne saurait préjuger la question et la réponse qu'il devra y faire. Il n'est seulement pas prévenu ; il ignore ce qu'il va entendre et de quelle oreille il va entendre. Les résultats sont d'une rigueur et d'une certitude telles qu'ils permettent de déceler la simulation. Quant à la nature de la surdité, c'est aux diverses méthodes de diagnostic à la déterminer ; notre appareil ne nous permet que de déclarer que la personne examinée a ou n'a pas une ouïe normale et quel est son degré de surdité. Il permet enfin de contrôler journallement et mathématiquement la valeur du traitement institué.

Notre appareil a deux bobines induites agissant individuellement et une seule inductrice. Nous sommes les premiers qui ayons adopté deux téléphones fixes, un pour chaque oreille, maintenus en position, pendant toute la durée de l'expérience,

pour empêcher que le sujet ne soit prévenu. Comme les téléphones restent en place, ce n'est plus un déplacement de la source sonore qui diminue l'intensité du son, et il n'y a plus à se demander si l'on se trouve bien dans la direction de l'axe auditif. L'appareil se distingue enfin par la constance absolue de la source sonore ; c'est un électro-diapason. Sa manœuvre est élémentaire et ne nécessite aucune étude préalable.

Il permet d'examiner l'audition : *a.* pour un bruit quelconque en se servant de l'interrupteur ; *b.* pour un son musical (électro-diapason) ; *c.* pour un ensemble de sons harmoniques ; *d.* pour la parole humaine ; *e.* pour la montre ; *f.* pour le métronome.

M. NOQUET. *Tumeur papillaire de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.* — La tumeur que je vous présente me paraît être un papillome vrai. Je dis me paraît être parce que, désirant vous la montrer tout entière, je n'ai pas fait pratiquer l'examen microscopique. Il s'agit d'un malade, âgé de 49 ans, qui se plaignait d'une obstruction de la fosse nasale gauche remontant à plusieurs années. Il était principalement gêné la nuit, parce que, dans le décubitus latéral droit, la fosse nasale droite s'obstruait à son tour. Obligé de respirer la bouche ouverte, le malade dormait d'un sommeil entrecoupé et était tourmenté par une sécheresse très prononcée de la langue et de la gorge. La sécrétion nasale n'était pas très abondante ; il n'y avait jamais eu d'épistaxis ni de douleurs et le nez n'était aucunement déformé. Par la rhinoscopie antérieure, je constatai à gauche, une hypertrophie assez prononcée du cornet inférieur, et vis, en outre, dans le fond de la fosse nasale, une tumeur rose, qui semblait à peu près grosse comme une framboise, et qui avait tout à fait l'aspect mamelonné de ce fruit. Cette tumeur, qui s'insérait sous l'extrémité postérieure du cornet inférieur par un pédicule assez large, était molle et mobile ; elle se déplaçait dans les mouvements d'expiration, et permettait ainsi à l'air de passer, en petite quantité toutefois.

A la rhinoscopie postérieure, je découvris qu'elle avait au moins le volume d'une mirabelle, qu'elle obstruait complètement la choane, et qu'elle faisait fortement saillie dans l'arrière-cavité. Elle était assez volumineuse et assez mobile pour venir boucher la choane droite, quand le malade était dans le décubitus dorsal.

J'ajoute que la muqueuse du cornet inférieur droit était légè-

rement hypertrophiée. D'après l'aspect de la tumeur, sa consistance et son point d'implantation, je crus devoir faire le diagnostic du papillome, avec quelques réserves néanmoins, car l'adénome papillaire ressemble beaucoup au papillome. Le sarcome présente parfois l'aspect papillaire, mais il a en général une marche rapidement envahissante. Il s'ulcère de bonne heure, saigne abondamment, s'accompagne d'un écoulement sanieux et provoque souvent des douleurs vives. Les polypes muqueux ont un aspect presque caractéristique et s'insèrent habituellement dans le méat moyen ou dans le méat supérieur. Quant à l'angiome papillaire, il donne lieu, le plus souvent, à des épistaxis très abondants. Resterait l'adénome papillaire. L'examen microscopique permettra seul de se prononcer d'une façon certaine. Dans tous les cas, il est permis de supposer que la tumeur est bénigne.

L'ablation a été faite avec l'anse froide et par la voie antérieure. Il me fut impossible, à cause du volume relativement considérable de la tumeur, de l'enlever en une seule fois. Je fus obligé de la fragmenter en plusieurs morceaux, ce que rendait facile sa consistance molle. Je ne parvins d'ailleurs à débarrasser complètement le malade qu'après trois séances pratiquées à huit jours d'intervalle. J'ai fait suivre la dernière ablation d'une cautérisation énergique pratiquée sur le point d'implantation, à l'aide du galvano-cautère. J'ai aussi cautérisé la muqueuse des deux cornets inférieurs. La tumeur, conservée dans l'alcool rectifié, s'est un peu ratatinée. Néanmoins, ainsi que vous pouvez le voir ici, ses fragments réunis représenteraient le volume d'une grosse mirabelle. Plusieurs de ces fragments ont encore très nettement l'aspect papillaire.

Les papillomes des fosses nasales sont rares. C'est pourquoi j'ai pensé que cette tumeur, qui est très probablement un papillome, pourrait offrir un certain intérêt étant donné que son volume sort un peu de l'ordinaire.

Je rappellerai que Michel, Tillaux, Aysaguer, Verneuil, Chiari, Cozzolino, Moure, Lacoarret, Botey, ont publié des observations de papillome vrai, en signalant l'extrême rareté de ce genre de tumeur. Moi-même j'ai, il y a deux ans, communiqué un cas de ce genre à la Société française d'otologie. Quant à Hopmann, Schech et Schaeffer, qui auraient vu de nombreux cas, ils paraissent avoir réuni, sous la dénomination de papillome, toutes les tumeurs ayant l'aspect papillaire, les angiomes, les adénomes, les sarcomes papillaires et les papillomes vrais.

M. DELIE. *Anomalies du voile du palais.* — Le pilier antérieur droit forme un fil charnu de 2 millimètres d'épaisseur tendu, sur la paroi latérale du pharynx à une distance de 3 millimètres de ce dernier, il renferme un vaisseau artériel très visible et s'insère à la base de la langue. Le pilier postérieur est formé par une saillie charnue de la muqueuse, mesure 2 millimètres d'épaisseur et prend naissance sur le voile à 1 centimètre de la base de la luette pour se diriger directement et horizontalement vers la paroi postérieure du pharynx ; en touchant le pharynx, il prend un aspect tendineux, n'a plus qu'un millimètre de dimension et se dirige en bas et en dedans vers la ligne médiane où il rejoint celui de l'autre côté. Le pilier antérieur gauche constitue d'abord un vrai pilier normal ; vers le milieu de sa hauteur, il se divise en deux parties : l'une suit la direction normale et s'insère à la base de la langue, l'autre prend l'aspect d'un véritable pilier postérieur ordinaire, a une épaisseur de 2-3 millimètres, se dirige obliquement en bas et en arrière et va s'insérer à la base de la langue. Dans sa partie inférieure, il présente un renflement charnu de la grandeur d'un petit pois de 7 millimètres de diamètre : le renflement est logé entre les deux divisions du pilier antérieur et représente une amygdale rudimentaire, lisse et sans orifice glandulaire. Le pilier postérieur gauche est analogue au droit. En outre, entre les bords de la luette et les deux piliers postérieurs se trouve un espace ovalaire qui communique avec le pharynx nasal. Enfin, la muqueuse comprise entre le pilier droit postérieur et la paroi latérale du pharynx a un aspect luisant et fort tendu, moins rouge que le reste de la muqueuse. C'est une vraie loge de l'amygdale absente.

M. SCHIFFERS. *Cancer des poumons, de la trachée et du larynx.* — La pièce pathologique que j'ai l'honneur de vous présenter est des plus intéressantes. Nous rencontrons d'abord une dégénérescence cancéreuse du sommet du poumon gauche ; la bronche gauche est comprimée par la masse néoplasique qui en a réduit le calibre au minimum ; ses parois ont également subi la dégénérescence cancéreuse. Le larynx présente une luxation complète du cartilage aryténoïde gauche ; le crico-aryténoïdien est paralysé ; le sinus est infiltré en partie à la région du cou ; il existait, surtout à gauche, des masses ganglionnaires dures et résistantes. Malgré ces lésions colossales, le malade avait pu se livrer à ses occupations jusqu'aux derniers mo-

ments; il avait seulement présenté de la dyspnée par accès, sans douleurs; la déglutition était gênée, mais il avait conservé l'appétit et ne présentait pas le facies cancéreux. L'examen de la poitrine avait fait porter le diagnostic de cancer du médiastin.

M. BAYER. *De l'asthme réflexe d'origine nasale et gastro-intestinale.* — Voltolini est le premier à avoir attiré l'attention des rhinologistes sur l'asthme réflexe nasal; il a le mérite de l'avoir fait entrer dans le domaine de la clinique générale. Mais les exagérations auxquelles on s'est porté ont failli jeter le discrédit sur cette affection. Ma première observation d'asthme réflexe nasal, guéri rapidement par l'extirpation d'un polype, date de 1875. Dans la suite, j'ai rencontré bon nombre de malades atteints de l'une ou de l'autre affection nasale compliquée d'asthme et me suis mis en garde contre un enthousiasme exagéré. Longtemps avant la publication de Hack, je connaissais déjà le revers de la médaille. Je recherchais la cause de mes insuccès et je remarquai qu'il existait, chez la plupart de ces malades, des troubles gastriques qui entretenaient les symptômes respiratoires (asthme, oppression, sifflements des bronches) ou cardiaques (palpitations). Généralement il s'agissait d'un catarrhe du tube digestif accompagné de dyspepsie flatulente, de constipation et parfois d'inappétence. La régularisation du régime, l'administration des eaux de Kissingen, de Marienbad, de Chatel-Guyon, de Vichy (le matin et dans la journée dans l'intervalle des repas), du thé Chambard, de la poudre de réglisse composée, des cascarines, des lavements, le massage, etc.) rétablissaient le fonctionnement de l'intestin normal et faisaient disparaître les symptômes réflexes qui résistaient au traitement nasal.

Le cas dont j'ai l'honneur de vous entretenir se rapporte à un catarrhe gastro-intestinal aigu que j'ai observé cette année chez une jeune fille, sujette à l'asthme réflexe nasal. Alors que les muqueuses nasale et naso-pharyngienne se trouvaient à l'état normal, l'accès de l'asthme se développa néanmoins; mais le traitement qui soulageait antérieurement le malade, restait cette fois sans effet, il ne faisait au contraire qu'exagérer l'embarras gastrique. Je m'occupai alors de traiter le catarrhe gastro-intestinal; comme la constipation résistait aux remèdes susindiqués, je fis usage de l'huile de ricin qui détermina un soulagement considérable; l'oppression disparut rapidement, et dès le commencement de la quatrième semaine la malade pouvait se mettre en voyage.

Il est évident que ces malades présentent une surexcitabilité du centre réflexe bulbaire qui, sous l'influence des irritations provenant soit de la muqueuse nasale soit de la muqueuse gastro-intestinale, réagit d'une façon toujours identique et donne lieu à l'asthme, à l'oppression, etc.

M. HIGUET. 1° *Curette de Gottstein modifiée.* — Lorsqu'on enlève les végétations adénoïdes au moyen de la curette de Gottstein, l'instrument vient butter contre la cloison, et les parties de tumeur adénoïde qui font saillie dans les choanes ne sont pas enlevées. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai donné à l'anneau coupant de forme triangulaire la forme d'un cœur de carte à jouer. Dans l'application de cet instrument, la cloison se loge dans l'encoche de la partie médiane, tandis que les parties latérales saillantes enlèvent facilement les parcelles de la tumeur qui se trouvent à l'entrée des choanes.

2° *Pince pour les granulations de l'oreille.* — Cette pièce est adaptée à l'ancienne pince à tube de Bonnafont; elle est triangulaire et fenêtrée. Les deux branches de la pince sont coupantes à la base du triangle. Elles sont destinées à remplacer les curettes, toujours douloureuses, pour l'enlèvement des granulations de la caisse, et elles permettent d'embrasser d'un seul coup des végétations d'un certain volume.

3° *Cas d'aphonie hystérique.* — Jonquières a publié l'année dernière la relation d'un cas d'aphonie spastique hystérique, guéri par la compression des ovaires. Celui que j'ai observé se rapporte à une jeune fille de 17 ans, de constitution lymphatique, hystérique, anémique et qui était irrégulièrement réglée depuis quelque temps. Elle était devenue aphone depuis cinq semaines. A l'examen laryngoscopique, je trouvai un léger catarrhe du larynx, les cordes vocales se rapprochaient spasmodiquement pendant la phonation, laissaient béant un espace triangulaire dans la partie cartilagineuse. La malade ne se faisait comprendre que par la voix chuchotée et en faisant de grands efforts. Je la soumis à un traitement électrique et ferrugineux, puis aux douches, sans grand résultat. Me rappelant le traitement de Jonquières, je fis la compression des ovaires qui rendit immédiatement la voix à la patiente. A différentes reprises, celle-ci fut atteinte d'aphonie à l'époque des règles, soit à la suite d'émotion.

Mais l'examen laryngoscopique ne me fit voir dans ce cas que la paralysie hystérique habituelle. Y a-t-il lieu de considérer cette aphonie comme le résultat d'un spasme ou de la paralysie des

muscles inter-aryténoïdien? L'absence de rapprochement en arrière est un phénomène aryténoïdien, et on doit considérer le rapprochement spasmodique de la partie ligamenteuse des cordes vocales comme le résultat de l'effort d'un groupe de muscles habitués à être secondés par un autre groupe de muscles (inter-aryténoïdien) et qui sont actuellement paralysés. Quant au résultat du traitement, il justifie ma manière de voir, car la compression des ovaires ne fait pas disparaître le spasme des muscles laryngés, mais bien la paralysie, ainsi que me l'a démontré l'examen laryngoscopique pratiqué immédiatement après la manœuvre. Du reste tous ceux qui ont assisté à des opérations abdominales se rappellent que les tiraillements ou la compression des ovaires pendant ces opérations, amènent immédiatement un spasme laryngé. Je crois, d'après ces considérations, pouvoir justifier la dénomination de paralysie hystérique inter-aryténoïdienne que je donne aux cas de ce genre.

M. RUTTEN. *Un cas de bourse pharyngienne et de division du voile du palais, permettant de voir parfaitement l'orifice de la bourse.* — La difformité congénitale du voile du palais permet d'examiner à la lumière directe toutes les parties de la voûte pharyngienne jusqu'aux fossettes de Rosenmüller. On voit que la muqueuse au niveau de l'apophyse basilaire est rouge, épaisse, résistante et d'aspect gaufré. Immédiatement en dessous on trouve une dépression médiane, causée par les longs du cou et présentant, du côté gauche, un orifice circulaire donnant issue à du muco-pus. La poche ne fait pas de saillie proprement dite au-dessus de la paroi. Elle mesure 7 millimètres de profondeur sur le bas et sur les côtés, et 3 vers le haut. De nombreuses petites poches existent tout autour d'elle ainsi qu'au niveau des fossettes de Rosenmüller.

La bourse de Lus-hka n'est qu'une glande de la cavité médiane transformée, par inflammation, en cavité kystique. En outre, je conclus que la région de Tornwald et les fossettes de Rosenmüller peuvent être atteintes de catarrhe localisé, et que les glandes peuvent subir de véritables transformations avec formation de dépressions ponctiformes ou de véritables poches. La dénomination de pharyngite sacculaire me paraît justifiée.

M. DELIE. 1° *Calcul de l'amygdale.* — Ce calcul provient de l'amygdale d'une fillette de onze ans, qui souffrait depuis deux ans.

2° *Deux curieux cérumens.* — Il s'agit de deux cérumens

complètement analogues à des doigts de gants fabriqués avec du collodion jaunâtre. La surdité était très prononcée chez la malade, qui présentait ces singulières formes de sécrétion de cérumen.

3° *Sarcome de la cavité naso-pharyngienne.* — Il s'agit d'un jeune garçon qui avait été atteint et opéré de végétations adénoïdes, et chez lequel on constatait la présence d'une tumeur qui paraissait assez molle, saignait souvent spontanément, et qui descendait dans le pharynx. J'en fis l'ablation et, à l'examen microscopique, je découvris qu'elle était constituée par un tissu adénoïde hypertrophié. Cependant, une seconde extirpation fut bientôt rendue nécessaire : j'eus recours à l'anse galvanocautère. Trois semaines après la guérison était presque complète, mais il persistait encore quelques nodosités, tandis que la gêne respiratoire réapparaissait. J'intervins à nouveau en anesthésiant le sujet à l'aide du chloroforme-chloral, et j'extirpai complètement le néoplasme. Mais l'examen microscopique restait négatif au sujet de la nature maligne de la production. De même l'absence de tuméfactions ganglionnaires. Comme une nouvelle récurrence se déclarait, je l'adressai à M. Capart, qui devait faire l'essai de l'électrolyse. Les premiers résultats furent encourageants, mais bientôt s'élevèrent des doutes au sujet du caractère bénin du cas, car les ganglions s'étaient gonflés depuis quelque temps. Il s'agissait en effet d'un sarcome globocellulaire; l'extirpation était urgente pour sauvegarder la vie du malade. Mais il mourut subitement. Il n'avait plus présenté d'hémorrhagie depuis la seconde opération.

Je crois pouvoir conclure que les végétations adénoïdes peuvent récidiver, qu'elles peuvent se transformer en néoplasme malin et qu'enfin les hémorrhagies les plus fréquentes n'accompagnent pas toujours le sarcome le plus développé.

M. GEVAERT. 1° *Un cas de lupus traité d'après la méthode de Koch.* — Je vous présente deux photographies qui se rapportent à un cas de lupus érythématoïde du nez; il existait une large plaque de lupus au niveau des ailes du nez, et une autre, plus petite, vers la paupière inférieure. J'appliquai la méthode de Koch et fis huit injections du liquide. La guérison fut rapide et complète : la région malade présentait une surface lisse. Mais quatre semaines après la récurrence se produisait.

2° *Un cas de guérison de sarcome interaryténoïdien.* — J'ai

opéré, il y a six ans, une femme de 58 ans, qui était atteinte de sarcome du larynx. Le néoplasme, qui avait le volume d'une châtaigne, occupait l'espace interaryténoïdien; il avait déjeté à droite et à gauche les cartilages aryténoïdes et formait un bourrelet saillant en avant dans le larynx, et en arrière dans l'œsophage. Le diagnostic avait été : cancer squirrheux du larynx. La tumeur fut extirpée en une fois. M. Van Bugs en fit l'examen microscopique et reconnut qu'elle était constituée par un sarcome, en partie fuso-cellulaire. Aujourd'hui la guérison reste parfaite.

M. CAPART. *Présentation de malades :*

1° Homme atteint de *pachydermie laryngée type*, considérablement amélioré par suite de l'administration à l'intérieur de l'iodure de potassium. Tous les moyens locaux irritaient plutôt la muqueuse. Chose remarquable, ce malade est d'origine allemande. J'ai observé cette affection deux fois, et les deux fois chez un Allemand, jamais chez un Belge.

2° Homme présentant une *ulcération amygdalienne* qui sécrétait abondamment; le pus renfermait un grand nombre de bacilles. Bientôt une nouvelle poussée se produisit du côté du voile du palais et donna lieu à une vaste ulcération, affectant une marche envahissante très prononcée. J'eus recours à la pyocétanine qui arrêta immédiatement les progrès du mal.

3° Un malade présentait une *ulcération épithéliale de la langue*. Celle-ci avait une consistance très dure et provoquait des douleurs du côté de l'oreille. M. le Dr Dubois fit l'ablation du mal à l'aide de la chaîne de Chassaignac, mais je découvris bientôt que l'on avait affaire à une affection tuberculeuse. Celle-ci s'était développée sous la forme clinique de l'épithélioma.

4° Le quatrième cas se rapporte à une femme qui présentait tous les symptômes d'un abcès du sinus maxillaire; les injections faites par le méat inférieur étaient restées inefficaces. L'ouverture de l'antre par la fosse canine me permit de constater que la paroi antérieure avait disparu. Il en sortit une masse analogue au frai de grenouille. Je fis un grattage de la cavité mais sans obtenir d'amélioration. Peu de temps après, il se développa de l'exophtalmie et je pus diagnostiquer une tumeur maligne du sinus maxillaire, un sarcome. Je réséquai complètement l'os maxillaire et l'os malaire. La malade est très bien; jusqu'à présent pas d'apparence de récurrence.

5° Ce malade souffrait de dysphagie et respirait difficile-

ment. Je découvris une ulcération qui était surtout prononcée sur la corde vocale droite. La pyocétanine procura une guérison complète en quelques semaines.

6° Il s'agit d'une ulcération interaryténoïdienne accompagnée d'œdème.

M. MOLL. Dans ces dernières années j'ai traité 103 cas de *sténose laryngée diphthérique* dont 92 tubages avec 37 guérisons : 40.2 0/0 et 11 trachéotomies avec 4 guérisons. Dans ces derniers cas, la trachéotomie n'était pas indiquée ou était restée sans résultat. La mortalité de la diphthérie est, dans les premières années, de 10 0/0 (Isambert), 10 0/0 (Schwalbe), 13 0/0 (Krænlein, de 1870-76); en 1878, 18 opérés moururent consécutivement. Des 92 intubés, 31 avaient moins de 3 ans et ont donné 12 guérisons, soit 38 0/0, se répartissant comme suit :

6 enfants au-dessous de 1 an,	2 guérisons : 33 0/0.
8 — — — 2 ans, 3	— 37,5 0/0.
17 — — — 3 ans, 7	— 41 0/0.

Parmi les cas de mort relevant directement du tubage, j'en citerai 3 de mort subite, 3 par obstruction du tube par des membranes et 1 par accident. C'est pour prévoir ces accidents que je conseille de laisser le fil en place : on amène celui-ci en dehors de chaque narine au moyen d'un cathéter de Nélaton et on fixe les chefs en avant de la cloison; l'extraction du tube est dès lors facile. Parmi les cas de guérison, je mentionnerai spécialement celui d'un enfant qui expulsa son tube quelques heures après l'introduction; je dus le remettre en place dix fois en huit jours. Ce cas était très grave : la diphthérie dura quinze jours. Je considère l'introduction répétée du tube comme inoffensive.

M. LAURENT. *Tumeurs fibreuses de la base de la langue en avant de l'épiglotte* (sera publié).

Le Dr GOUQUENHEIM, de Paris, dans le service auquel la malade atteinte de cette affection a été observée par le Dr Laurent, dit que cette malade était venue le consulter pour des *troubles vocaux* remontant à une époque assez éloignée et qui s'étaient accentués progressivement. A l'examen laryngoscopique, on découvrit plusieurs tumeurs de la base de la langue, lisses, arrondies, d'un blanc rosé et ayant une certaine mobilité qui faisait

passer l'une d'elles, la plus volumineuse, assez facilement en arrière de l'épiglotte. Le larynx était normal dans toutes les parties.

Cette observation est donc un type assez curieux des troubles de la voix d'ordre réflexe, et la malade ne se plaignait que de cela, la déglutition n'était pas altérée.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Ossification du pavillon consécutive à une périchondrite séro-purulente, par KNAPP. (*Arch. of otology*, n° 1, 1890.)

L'ossification du pavillon est si rare qu'elle a pu être mise en doute et que l'auteur n'a pu en trouver que trois cas dans la littérature. Il les rapporte brièvement : le premier est dû à Boehdalek, le second à Voltolini et le troisième à Gudden. D'ailleurs Rayer avait montré expérimentalement qu'en irritant le cartilage de l'oreille chez le lapin on pouvait arriver à un véritable développement d'os.

Knapp rapporte en détail une observation de périchondrite séro-purulente et l'opération qu'il pratiqua pour enlever une masse dure, de consistance osseuse, qui s'était développée à la partie supérieure du pavillon et le déformait complètement. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait bien d'une néoformation osseuse avec canalicules de Havers bien développés.

M. L.S.

Les ruptures du tympan et leur importance médico-légale, par le Dr TREITEL, de Breslau. (*Arch. of otology*, nos 2-3, 1890.)

Ce travail fait à la clinique de Gottstein, est basé sur l'examen de dix-huit cas dont quelques-uns furent le point de départ d'une action judiciaire. L'auteur discute les conditions qui peuvent expliquer la rupture, l'élasticité de la membrane, son état antérieur, la rigidité plus ou moins marquée des parois du conduit auditif externe, etc. Les symptômes sont étudiés avec soin : Relativement au point où se produit la rupture, il admet que c'est dans la moitié inférieure : sur onze cas, il s'en trouve

huit en avant du manche et trois en arrière. Aussi admet-il que le siège de prédilection des ruptures est le quadrant antéro-inférieur.

La question de la surdité consécutive est le point médico-légal le plus important, et notamment ce fait que la surdité peut persister longtemps après que la rupture s'est cicatrisée et que le tympan s'est refermé. L'auteur énumère les différentes théories qui ont été émises à ce sujet, et admet, par exclusion, que l'appareil percepteur des sons a été lésé dans l'oreille en même temps que s'est produite la rupture. M. LS.

Deux cas d'abcès otitiques du cerveau; guérison par la trépanation, par M. U. PRITCHARD. (*Arch. of otology*, nos 2-3, 1890.)

Dans l'un et l'autre de ces deux cas, il s'agissait d'otorrhées anciennes. Dans le premier, on appliqua d'abord une couronne de trépan, et comme la dure-mère apparaissait saine et que l'aiguille exploratrice ne ramenait pas de pus, on appliqua une deuxième couronne à un pouce plus en arrière : vaste collection purulente en dehors de la dure-mère. Après avoir agrandi l'ouverture avec le trépan et les ciseaux, on fit une quatrième ouverture pour assurer le drainage. Guérison complète sauf un peu de lenteur de la parole.

Dans le deuxième cas, il fallut aller chercher assez profondément le pus avec l'aiguille exploratrice au-dessous de la dure-mère qui paraissait saine. Le malade est guéri, mais a eu deux pertes de connaissance avec un peu d'aphasie. M. LS.

De la surdité progressive (sclérose) et de son traitement par la ténotomie du tenseur du tympan, par CHOLEWA, de Berlin. (*Arch. of otol.*, nos 2-3, 1890.)

Dans ce travail fait à la clinique de Hartmann, l'auteur admet avec son maître qu'il y a une forme de sclérose qui a pour point de départ une hyperémie de la caisse. Mais à côté de celle-ci, il y a une sclérose sans hyperémie, mais avec des troubles labyrinthiques si précoces qu'on ne peut s'empêcher de songer à une altération trophique simultanée de l'oreille moyenne et du labyrinthe : c'est la *sclérose névropathique*.

Il insiste ensuite sur ce fait que, dans la sclérose névropathique, il y a toujours une anesthésie prononcée du tympan, et que l'oreille la plus malade est toujours la plus anesthésiée.

Après des considérations dans lesquelles nous ne pouvons le suivre sur la valeur des expériences de Weber et de Rinne, il pose les indications de l'opération de la ténotomie qui lui semble être tombée dans un oubli immérité.

Il faut opérer dans les cas de sclérose névropathique lorsque les conductions osseuse et aérienne ne sont pas tombées trop bas. La conduction osseuse (vertex), pour le diapason C-C² doit être d'au moins huit secondes; pour la conduction aérienne il faut que le quart de la durée normale de perception soit conservée. Il conseille d'opérer sur l'oreille la plus mauvaise, car il croit, avec Weber-Liel, que le traitement d'une oreille peut amener un résultat favorable du côté opposé.

En second lieu, il faut opérer l'oreille la plus mauvaise dans les cas où l'épreuve de Weber positive et l'épreuve de Rinne négative montrent qu'il y a dans cette oreille des obstacles à la conduction (ankylose). Il dit que la ténotomie lui a donné dans ces cas d'excellents résultats.

Enfin, si une oreille est totalement sourde et que l'autre soit en train de le devenir, il faut opérer cette dernière en pensant que la diminution de la tension de l'appareil musculaire d'un côté aura une action favorable sur celui du côté opposé.

En terminant, l'auteur fait remarquer que l'anesthésie du tympan facilite beaucoup l'opération: on peut d'ailleurs augmenter l'insensibilité avec des solutions d'alun, d'acide tartrique, ou l'application d'un petit tampon imprégné d'éther.

Malheureusement l'auteur ne se prononce pas sur la durée de l'amélioration obtenue, sous prétexte que son observation ne remonte pas à une date assez éloignée. C'est cependant le point qu'il eût été le plus important de connaître.

M. L.S.

Un cas d'enlèvement d'une exostose du conduit auditif externe,
par le Dr HEIMAN, de Varsovie. (*Arch. of otol.*, nos 2-3, 1890.)

Le titre seul de ce petit mémoire dispense d'en faire une longue analyse. En arrière d'une tumeur osseuse de 7^{mm},5 de long, de 6 millimètres de large et de 5 millimètres de haut, ne laissant entre elle et la paroi qu'une fente mince, il s'était développé une otite fongueuse. La guérison s'obtint rapidement après l'ablation. L'auteur a employé le ciseau, qu'il préconise contre toute autre méthode. Trois petites figures font bien voir la lésion et le résultat opératoire.

M. L.S.

Deux cas de cancer du pavillon, par M. E. VALY.

(*Pest. med. ch. Presse*, n° 43, 26 octobre 1890.)

I. — Un homme de 62 ans portait depuis dix ans à la base du pavillon une petite tumeur grosse comme un haricot, dure, suintant de temps à autre et qu'il grattait souvent. Il y a quelques mois, elle se mit à suppurer et l'ulcération a beaucoup augmenté. Depuis un mois, douleurs vives, lancinantes, s'étendant jusqu'au tympan. A l'examen, tumeur grosse comme une petite noix, dure, occupant la partie postérieure de la conque. La face antérieure est infiltrée avec des points nécrosés et suppurants. Gonflement des ganglions du cou. On enlève le pavillon et on retire du conduit auditif externe des lambeaux nécrosés de la tumeur. Guérison qui se maintient après huit mois.

II. — Homme de 70 ans. Il y a plus de deux mois que le pavillon a commencé à se gonfler et à présenter l'aspect d'une oreille gelée. Plus tard le pavillon s'exulcéra, devint gros comme le poing et nettement carcinomateux. Gonflement des ganglions du cou et de l'aisselle. Pas d'opération en raison de l'âge, de la cachexie et de l'étendue de la lésion. M. LS.

Un cas d'ostéome du conduit auditif externe, par le Dr C.

LICHTENBERG, de Budapest. (Société de médecine, séance du 14 mars 1891, in *Pester med. chirurg., Presse*, n° 12, 1891.)

L'auteur a enlevé, au moyen d'un écraseur, une tumeur du conduit auditif externe, qui était recouverte d'une enveloppe lisse et blanc rougeâtre. Au début, Lichtenberg pensait à un corps étranger, qui aurait pénétré et se serait inséré dans l'oreille, puis à un otolithe; mais l'examen microscopique fait par le Dr Mátrai a montré l'existence d'un ostéome avec un noyau osseux, dont le tégument et l'insertion étaient périostiques. L'auteur trouva intéressante la place de l'insertion de la tumeur, qui était située à 2 millimètres de l'orifice du conduit auditif externe, sur la paroi antérieure cartilagineuse. Après l'ablation du néoplasme, le tiers antérieur du conduit auditif s'est rétréci, probablement par atrophie produite par la pression; le conduit s'étant trouvé ainsi sans soutien s'est rétréci. SZENES.

Un cas de surdité accompagnée d'un catarrhe de l'oreille moyenne et d'une affection labyrinthique, guérie par la pilocarpine, par le Dr J. BÖKE, professeur à Budapest. (Société de médecine, séance du 3 mai 1890. *Annales de la Société*, p. 418-120, 1890.)

Cocher de 37 ans, chez qui l'audition a diminué successive-

ment pendant cinq mois, de sorte que la surdité fut complète tant à travers l'air qu'à travers l'os, et il avait aussi du vertige et des bourdonnements. L'auteur a fait au commencement le cathétérisme et donné l'iodure de potassium, mais sans résultat, puisque l'effet était nul après dix jours; on tenta alors des injections de *pilocarpine*. Après dix jours de traitement avec l'iodure une *roséole syphilitique* apparut au front du malade et il avoua lui-même qu'il avait séjourné quelques mois avant dans un service de l'hôpital pour la syphilis. Le malade a pris en tout 36 centigrammes de pilocarpine et, après quelques injections, l'ouïe était meilleure, et à la fin du traitement, il entendait la montre à la distance de 30 centimètres et même les mots prononcés à voix basse à 4 à 5 mètres. L'auteur est de l'avis de Politzer, qui attend de bons résultats de la pilocarpine dans les affections syphilitiques de l'oreille, mais dans les cas de surdité, dépendant d'autres affections du labyrinthe ou de la caisse, le traitement par la pilocarpine n'agit pas. SZENES.

Collapsus de la membrane du tympan, par le Dr C. LICHTENBERG, de Budapest. (Société de médecine, séance du 21 mars 1891. *Pester med. chir. Presse*, n° 14, 1891.)

Jeune fille de 16 ans, chez qui l'ouïe a subi depuis deux ans de grandes fluctuations; elle entendait, sans cause, tantôt très bien, tantôt très mal. L'auteur, à l'examen oculaire, a cru voir une grande perte de substance de la membrane du tympan, car il a pu voir l'os blanc et anémique du promontoire, le pli antérieur et postérieur et la paroi extérieure de la poche de la membrane du tympan, le col du marteau, la niche du foramen rotundum, le tenseur et la corde du tympan, la caisse verticale de l'enclume, la tête de l'étrier avec sa partie postérieure, et enfin aussi le tendon du muscle de l'enclume. A ce moment, l'ouïe était très mauvaise, mais après une insufflation d'air, la malade entend normalement, et on put voir qu'une partie du dernier quart du conduit auditif externe était remplie par une tumeur de la forme d'un sac, et l'image, au début, avait disparu. Ce grand relâchement de la membrane du tympan est appelé par l'auteur collapsus. L'atrophie de la membrane du tympan, qui permet à chaque respiration d'y apercevoir des ondulations, est, d'un côté, la conséquence d'un catarrhe chronique du nez, de la trompe d'Eustache et de la caisse, et, de l'autre côté, est la suite des insufflations continuelles durant

deux années. Lichtenberg a essayé plusieurs fois de couper la membrane du tympan, mais sans résultat, voilà pourquoi il veut le faire au moyen de la galvanocaustique. SZENES.

Un procédé simple d'extirpation des polypes du nez,

par M. E. Kurz, de Florence. (*Wien. med. Presse*, n° 44, 1890.)

Kurz a employé ce procédé dans deux cas : dans le premier, il s'agissait d'un enfant qui ne voulait pas se tenir tranquille et qu'on dut chloroformer, dans le second, d'un jeune homme de 20 ans chez lequel un polype volumineux et profond n'avait pu être enlevé par l'anse froide ordinaire. Kurz s'est servi de la sonde de Belloc ordinaire en attachant à son extrémité munie d'un fil un peu long deux éponges pas trop dures, dont la première avait le volume d'une noix. Dans les deux cas, la première éponge, en passant d'arrière en avant dans la narine, ramena avec elle le polype détaché de son point d'implantation. C'est un procédé très simple, non douloureux, qui peut être aussi employé pour les corps étrangers des fosses nasales. M. LS.

Lymphadénite rétropharyngée guérie par la trachéotomie,

par le Dr BOKAI. (*Pest. med. ch. Presse*, n° 43, 1890.)

M. Bokai a présenté à la Société des médecins de Budapest un enfant de 8 ans chez lequel on fit la trachéotomie pour une suffocation intense, après que l'incision avec le pharyngotome eut échoué. L'enfant guérit rapidement et le gonflement rétropharyngien disparut au bout de quatre jours sans suppuration. Enlèvement de la canule quatre jours après l'opération. Le gonflement des glandes lymphatiques avait été amené par une otite moyenne aiguë. M. LS.

Traitement du goitre en Suède, par ROSANDER, de Stockholm.

(Congrès international de Berlin, 1890, in *Revue de chirurgie*, octobre 1890.)

L'auteur a pratiqué 32 opérations de thyroïdectomie totale, sans myxœdème ; il pense que ce résultat tient à ce que le corps thyroïde est suppléé peu à peu par la rate. A. G.

Tumeurs du corps thyroïde, par J. BERRY. (Soc. path. de Londres, séance du 21 janvier 1890, in *Mercredi médical*, 29 janvier 1890.)

A la Société pathologique de Londres, le Dr Berry a présenté de nombreuses pièces d'affections du corps thyroïde,

opérées ou extraites du cadavre. L'étude de ces pièces lui a démontré l'atrophie extrême du corps thyroïde dans le myxœdème (2 cas) et la conservation du tissu normal dans le corps thyroïde atrophie des vieillards. Il a pu constater que l'hypertrophie dite parenchymateuse est rare, et qu'habituellement les tumeurs volumineuses sont dues à des cavités kystiques ou quelquefois à des corps solides enkystés. La situation du goitre est variable, elle n'est pas toujours médiane. La trachée aplatie ou déviée suivant le siège de la tumeur n'était habituellement ni atrophiée ni ramollie. Enfin, l'auteur présente aussi des compressions de l'œsophage, des récurrents et des sympathiques.

A. G.

NOUVELLES

Notre savant collaborateur, le Dr O. Chiari, vient d'être nommé professeur extraordinaire de laryngoscopie et de rhinoscopie à l'Université de Vienne.

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort du doyen des otologistes français, le Dr Bonnafont qui a succombé à Paris, le 19 mai, à l'âge de 86 ans. Il avait été un des premiers collaborateurs de ce journal à sa fondation.

Les journaux américains annoncent la mort du Dr E. Caroll Morgan, décédé à Washington, à l'âge de 35 ans. Il avait été président de l'Association laryngologique américaine.

La Société de *Laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris* s'est réunie le 5 juin. Communications annoncées : *Cartaz* : 1° Erythème consécutif aux insufflations de salol ; 2° paralysie bilatérale des récurrents par anévrisme aortique. — *Gellé* : 1° Perforation de la cloison nasale dans la fièvre typhoïde ; 2° un nouveau cas de surdité dans les oreillons. — *Ruault* : De la va-

leur diagnostique et pronostique de la translucidité de la face dans les suppurations nasales. — *Saint-Hilaire* : Démonstration des propriétés anesthésiques de l'antipyrine. De son emploi dans les affections de la gorge et du larynx.

Nous lisons dans la *Revue générale de clinique et thérapeutique* que le Dr Louis Secrétan a été nommé privat docent d'otologie et de laryngologie à la Faculté de médecine de Lausanne.

La *Wiener Klinische Wochenschrift* annonce la nomination du Dr Uchermann comme docent d'otologie et de laryngologie, à l'Université de Christiania.

La *British Medical Association* tiendra sa réunion annuelle à Bornemouth, les 28, 29, 30 et 31 juillet 1891.

Nous avons relevé sur le programme les communications suivantes intéressant notre spécialité, dans les diverses sections :

Médecine. — Érysipèle du pharynx, par F. de Haorlland Hall.

Chirurgie. — État actuel de la chirurgie intra-nasale, par W.-J. Walshman. — Chirurgie intra-nasale en rapport avec l'éternuement et la fièvre des foin, par Greville Macdonald. — État actuel de la chirurgie nasale, par C.-J. Symonds et Scanes Spicer. — Pathologie, diagnostic et traitement chirurgical de l'ethmoïdite nécrosante, par Woakes.

Médecine publique. — Une épidémie de diphtérie à Leeds, par Cameron. — Diphtérie, cause de son accroissement et moyens de la prévenir, par A. Carpenter.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée) ; une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculosen unter der Behandlung mit Tuberkulin (Sur la marche des otites moyennes suppurées chez les tuberculeux traités par la tuberculine), par SCHWABACH. (Tirage à part de la *Deutsch. med. Wochens.*, n° 20, 1891.)

Sulla classificazione e sulla etiologia delle otite medie in generale Leçon de clinique par G. Gradenigo, recueillie par M. CARDOSO. (Extrait du *Sperimentale*, 30 avril 1891.)

Bacteriological examinations of the contents of the tympanic cavity in cadavers of new born and young infants (Recherches bactériologiques sur le contenu de la cavité du tympan sur des cadavres de nouveau-nés et de jeunes enfants), par G. GRADENIGO et R. PENZO. (Extrait des *Archiv of Otolology*, n° 2, 1891.)

La patologia e la chirurgia dei seni nasali (frontali, mascellari, etmoidali e sfenoidali). Six leçons professées à l'hôpital clinique de Naples pendant l'année scolaire 1889-1890, par V. COZZOLINO. (Typog. A. Trani, Naples, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

